



**Lénia Patrícia Silva  
Costa**

**CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE:  
VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DE AUTOEFICÁCIA,  
EXPECTATIVAS E CONHECIMENTO**





Universidade de Aveiro Departamento das Ciências Médicas  
2016

**Lénia Patrícia Silva  
Costa**

**CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE:  
VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DE AUTOEFICÁCIA,  
EXPECTATIVAS E CONHECIMENTOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof. Dr. Pedro Sá Couto, Professor auxiliar do Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Prof. Dr. João Tavares, Professor adjunto convidado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da Escola Superior de Educação de Coimbra.



Ao meu irmão, Arsênio.  
Aos meus pais, Ramiro e Rosa.

*A mente que se abre para uma nova ideia jamais voltará ao seu  
tamanho original. Albert Einstein*



## O júri

<b>Presidente</b>	Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão Professora Adjunta, Universidade de Aveiro
<b>Vogal - Arguente Principal</b>	Doutora Sofia de Lurdes Rosa da Silva Professora Adjunta, Escola Superior de Educação de Coimbra
<b>Vogal - Orientador</b>	Professor Doutor Pedro Miguel Ferreira de Sá Couto Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro





## **Agradecimentos**

Ao professor Pedro e ao professor João, por toda a disponibilidade, por todas as revisões, todos os comentários e orientações, enfim, pelo trabalho em equipa.

Às minhas amigas da vida académica, Sara, Daniela, Joana e Adriana, companheiras nas dificuldades, alegrias e vitórias do percurso académico, por toda a partilha, entreajuda e esclarecimento de dúvidas.

Ao grupo de jovens Escrina, pelas conversas, sorrisos e abraços de força para a conclusão desta etapa.

Ao meu irmão, Arsénio, por todo o bom senso que traz às minhas ideias e por toda a paciência para me aturar.

Aos meus pais, Ramiro e Rosa, por todo o apoio e dedicação incansáveis, pois sem ele a conclusão deste objetivo não teria sido possível.

A todos, muito obrigada por terem contribuído, direta e indiretamente, para a realização deste trabalho.



## Palavras-chave

Envelhecimento; Funcionalidade, Cuidado Centrado na Funcionalidade, Ajudante de ação direta

## Resumo

**Enquadramento:** O Cuidado Centrado na Funcionalidade (CCF) é uma abordagem que promove a funcionalidade das pessoas idosas (PI), focando-se o cuidado prestado no fazer “com” em detrimento do fazer “por”. Em contexto institucional torna-se relevante capacitar as ajudantes de ação direta (AAD) para a realização deste tipo de cuidado.

**Objetivos:** Este estudo pretendeu analisar a perceção das AAD em relação ao CCF através das Escalas da Autoeficácia, Expectativas e do Conhecimento, bem como, a validade e a fiabilidade destas.

**Metodologia:** Foi utilizada uma abordagem quantitativa do tipo descritiva/correlacional e transversal. Aplicou-se um questionário de autopreenchimento composto por variáveis sociodemográficas, profissionais e pelas Escalas de Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento. Na validação/fiabilidade das escalas utilizou-se a análise fatorial exploratória e o coeficiente de correlação intra-classe (CCI). Modelos de regressão linear foram propostos para a previsão dos resultados destas escalas.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 73 AAD (100% mulheres), com uma média etária de 46,4 (9,9) anos. A escala da Autoeficácia apresentou um modelo de três fatores, com variância total de 73,4%, um *Alpha de Cronbach*=85,2% e um Índice de Consistência Interna (CCI)=0,80. A escala das Expectativas é de fator único e apresentou um *Alpha de Cronbach*=95,2% e um CCI= 0,97. A escala do Conhecimento obteve uma percentagem de acerto de apenas 44,7%. Não foi possível identificar preditores para as escalas utilizadas porque as correlações entre as diferentes variáveis foram fracas ou não significativas.

**Discussão:** As versões portuguesas das escalas analisadas apresentaram dados satisfatórios de validade e de fiabilidade. Não foi possível desenvolver modelos de previsão que relacionassem estas escalas numa situação de pré-intervenção. A baixa correlação entre os resultados das escalas e os sentimentos relacionados com o cuidado às PI (dificuldade, gratificação sobrecarga física e sobrecarga emocional) ou com as variáveis sociodemográficas e profissionais, indicou uma fraca dependência entre as variáveis. A instituição não evidenciou ser uma variável de confundimento, indicando a existência de uma amostra muito homogénea.

**Conclusões:** As escalas analisadas possuem boas propriedades psicométricas de validade e fiabilidade. Estes resultados sugerem que a versão portuguesa destas escalas pode ser utilizada para avaliar as ações promotoras da funcionalidade realizadas pelas AAD. Estes resultados apontam para a importância de implementar um programa de CCF nas instituições e analisar o impacto do mesmo nas PI e nas AAD.



## Keywords

Aging; Functionality; Function-Focused Care; Direct Care Workers

## Abstract

**Framework:** The Function-Focused Care is an approach that promotes the functionality elderly, focusing on the care provided to do "with" instead of doing "by". In the institutional context it is relevant empowering direct care workers to carry out this type of care.

**Goals:** This study intends to analyze the perception of direct care workers in relation to the Function-Focused Care through Scales of Self-efficacy, Expectations and Knowledge, as well as, validity and reliability of these.

**Methodology:** Quantitative approach of the type descriptive/correlational and cross-sectional was used. Applied a self-report questionnaire consisting of sociodemographic and professionals variables and the scales of Self-efficacy, Expectations and Knowledge. The validation/reliability of the scales used the exploratory factor analysis and the intra-class correlation coefficient. Linear regression models were proposed for predicting the results of these scales.

**Results:** The sample consisted of 73 direct care workers (100% women) with a mean age of 46,4 (9,9) years. The scale of the Self-efficacy showed a three-factor model with the total variance of 73,4%, an Cronbach's alpha = 85,2% and an Internal Consistency Index = 0,80. The scale of Expectations is one factor and presented a Cronbach's alpha = 95,% and an Internal Consistency Index = 0,97. The scale of Knowledge obtained a percentage of hit only 44,7%. It was not possible to identify predictors for the scales used because the correlations between different variables were weak or not significant.

**Discussion:** The Portuguese versions of the scales analyzed showed satisfactory data validity and reliability. It was not possible to develop predictive models to relate these scales in a pre-intervention situation. The low correlation between the results of scales and feelings related to the care of elderly (difficulty, gratification, physical overload and emotional overload) or sociodemographic and professional variables, indicated a weak dependence between variables. The institution showed not a confounding variable, indicating the existence of a very homogeneous sample.

**Conclusions:** The analyzed scales have good psychometric properties of validity and reliability. These results suggest that the Portuguese version of these scales can be used to evaluate the actions promoting the functionality performed by the direct care workers. These results point to the importance of implementing a Function-Focused Care program in the institutions and analyze the impact of the same in the elderly and in the direct care workers.



## Abreviaturas e siglas

AAD	Ajudante de Ação Direta
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AVD	Atividades de Vida Diária
CCF	Cuidado Centrado na Funcionalidade
DF	Declínio Funcional
DGS	Direção Geral de Saúde
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
CCI	Coeficiente de Correlação Intra-classe
ISPOR	<i>International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NAOERCA	<i>Nursing Assistants Outcome Expectations for Restorative Care Activities</i>
NASERCA	<i>Nursing Assistants Self-efficacy for Restorative Care Activities</i>
NATTRCA	<i>Nursing Assistants Theoretical Testing of Restorative Care Activities</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Pessoas Idosas
PRO	<i>Patient Reported Outcomes</i>
PSI	<i>Person Separation Index</i>
vs	Versus





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1 Envelhecimento.....	3
1.2 Institucionalização.....	4
1.2.1 O papel dos Ajudantes de Ação Direta (AAD) .....	5
1.3 Funcionalidade/capacidade funcional .....	6
1.3.1 Capacidade funcional.....	6
1.3.2 Atividades de Vida Diária.....	7
1.3.3 Declínio funcional.....	8
1.3.4 Capacidade funcional e institucionalização .....	9
1.4 Cuidado Centrado na Funcionalidade .....	10
1.4.1 Modelo Ecológico e Social e Teoria Social Cognitiva .....	10
1.4.2 Implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade .....	11
1.4.3 Barreiras à implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade .....	15
1.4.4 Facilitadores para a implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade .....	15
1.4.5 Benefícios da implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade...	16
2. OBJETIVOS .....	17
3. METODOLOGIA .....	19
3.1 Desenho do estudo .....	19
3.2 Contexto e participantes.....	19
3.3 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas .....	20
3.4 Instrumentos de recolha de dados .....	20
3.4.1 <i>Nursing Assistants Self-efficacy for Restorative Care Activities</i> .....	21
3.4.2 <i>Nursing Assistants Outcome Expectations for Restorative Care Activities</i> .....	22
3.4.3 <i>Nursing Assistant Theoretical Testing of Restorative Care Activities</i> .....	23
3.4.4 Validade e fiabilidade das escalas.....	24
3.4.5 Tradução, adaptação e validação das escalas para o contexto português ..	24
3.5 Procedimentos de análise de dados .....	25
4. RESULTADOS.....	29
4.1 Caracterização da amostra.....	29
4.2 Análise das escalas dos sentimentos relacionados com o cuidado das pessoas idosas e avaliação do conhecimento .....	31

4.3	Análise da escala de Autoeficácia.....	32
4.3.1	Resultados globais .....	32
4.3.2	Validação e fiabilidade da escala .....	33
4.4	Análise da escala das Expectativas .....	36
4.4.1	Resultados globais .....	36
4.4.2	Validação e fiabilidade da escala .....	37
4.5	Análise da escala do Conhecimento.....	40
4.5.1	Resultados globais .....	40
4.6	Impacto da variável “instituição” .....	41
4.7	Estudo das escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento .....	43
4.7.1	Correlação entre as escalas e variáveis quantitativas.....	43
4.7.2	Comparação entre grupos para as variáveis qualitativas .....	44
4.7.3	Modelos de previsão .....	45
4.8	Comparação entre os grupos com conhecimento em CCF e sem conhecimento CCF .....	47
5.	DISCUSSÃO/CONCLUSÃO .....	49
5.1	Discussão .....	49
5.2	Conclusões, limitações e perspetivas de futuro.....	54
	BIBLIOGRAFIA .....	57
	APÊNDICES .....	63
	<b>Apêndice I</b> - Análise fatorial da Escala de Autoeficácia (Rotação <i>Varimax</i> ). O valor do <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> foi de 0,852.....	63
	<b>Apêndice II</b> - Análise fatorial da Escala de Autoeficácia (Rotação <i>Quartimax</i> ). O valor do <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> foi de 0,852. ....	64
	<b>Apêndice III</b> - Comparação entre o grupo com conhecimento em CCF e o grupo sem conhecimento em CCF (Escala da Autoeficácia e Expectativas e Sentimentos relacionados com o cuidado às PI) .....	65
	<b>Apêndice IV</b> - Comparação entre o grupo com conhecimento em CCF e o grupo sem conhecimento em CCF (Variáveis sociodemográficas e profissionais) .....	66
	ANEXOS .....	67
	<b>Anexo I</b> – Folha de informações ao participante .....	67
	<b>Anexo II</b> - Termo de consentimento informado .....	69
	<b>Anexo III</b> – Questionário .....	70

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Estudos de validade e fidelidade das escalas para avaliar o CCF.....	27
<b>Tabela 2.</b> Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais quantitativas.....	29
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais qualitativas (n=73).....	30
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da amostra quanto aos sentimentos relacionados com o cuidado às PI e à Autoavaliação do conhecimento .....	31
<b>Tabela 5.</b> Resultados globais da escala da Autoeficácia.....	32
<b>Tabela 6.</b> Análise fatorial exploratória da escala da Autoeficácia (rotação <i>Oblimin</i> ). O <i>Alpha de Cronbach</i> obtido para a amostra foi de 85,2% .....	34
<b>Tabela 7.</b> Análise da fiabilidade teste-reteste da escala da Autoeficácia (n=44) .....	35
<b>Tabela 8.</b> Resultados globais da escala das Expectativas .....	37
<b>Tabela 9.</b> Análise fatorial exploratória da escala das Expectativas (rotação <i>Varimax</i> ). O <i>Alpha de Cronbach</i> obtido para a amostra foi de 95,2 .....	38
<b>Tabela 10.</b> Análise da fiabilidade teste-reteste da escala das Expectativas.....	39
<b>Tabela 11.</b> Análise da fiabilidade teste-reteste da escala das Expectativas.....	40
<b>Tabela 12.</b> Resultados globais da escala do Conhecimento .....	41
<b>Tabela 13.</b> Impacto da variável "instituição" nas variáveis sociodemográficas e profissionais.....	42
<b>Tabela 14.</b> Impacto da variável "instituição" nas escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento e os Sentimentos relacionados com o cuidado às PI .....	43
<b>Tabela 15.</b> Correlação entre as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento, entre estas e os Sentimentos relacionados com o cuidado às PI e entre estas e as variáveis sociodemográficas e profissionais quantitativas .....	44
<b>Tabela 16.</b> Comparação entre grupos das variáveis qualitativas e as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento .....	46



## INTRODUÇÃO

As alterações demográficas a nível mundial tem suscitado discussões e investigações nas mais variadas áreas do conhecimento (Paskulin, Córdova, Costa, & Vianna, 2010). Estas alterações são perspetivadas como uma história de sucesso das políticas públicas do século XX. Por outro lado, os países devem elaborar políticas de envelhecimento digno para que a transição demográfica não se torne um problema social (Aires, Paz, & Perosa, 2006).

O envelhecimento demográfico é acompanhado por um processo de transição epidemiológica, em que a cronicidade e a multimorbilidade são os fenómenos mais representativos (Ryan, Wallace, O'Hara, & Smith, 2015). Estes fatores podem contribuir para o comprometimento da capacidade funcional (Ryan et al., 2015). A manutenção desta capacidade assume uma importância elevada para as pessoas idosas (PI) pois estas relacionam-na diretamente com a sua qualidade de vida (Sousa, Martins, Silva, & Santos, 2014). Em consequência do comprometimento da capacidade funcional as necessidades de cuidado das PI aumentam (Aires, Paz, & Perosa, 2010). Neste contexto, a promoção da funcionalidade deverá ser a pedra angular do cuidado às pessoas deste grupo etário (Fonseca et al., 2009).

Para responder a estas necessidades de cuidado e proporcionar melhor qualidade de vida muitas famílias optam por institucionalizar a pessoa idosa (Aires et al., 2010). Contudo, a institucionalização pode representar um fator de risco para o declínio funcional e/ou dependência (Sousa et al., 2014). Isto acontece pois, mesmo que as PI sejam capazes de realizar as atividades de vida diária (AVD), os ajudantes de ação direta (AAD) desenvolvem um cuidado de substituição, isto é, fazem pelas PI, em vez de as incentivar a realizar estas atividades (Araújo & Ceolim, 2007). Segundo Burket, Hippensteel, Penrod, & Resnick (2013) no contexto institucional os AAD são os profissionais que dedicam mais tempo ao cuidado às PI. Por este facto, a capacitação destes no cuidado promotor da funcionalidade é central para evitar a trajetória de declínio funcional entre as PI institucionalizadas (Sousa et al., 2014).

Nesta perspetiva, foi desenvolvido por Resnick e colaboradoras uma abordagem de cuidado que procura alterar esta trajetória denominada de Cuidado Centrado na Funcionalidade (CCF) (Pretzer-Aboff, Galik, & Resnick, 2011).

Assim, o objetivo geral deste estudo visa analisar a perceção dos AAD em relação ao CCF através da escala da Autoeficácia, da escala das Expectativas e da escala do Conhecimento. Pretende-se, também, testar a validade e a fiabilidade da escala da Autoeficácia, da escala das Expectativas e da escala do Conhecimento sobre o CCF para a população portuguesa. Este estudo tem, ainda, como objetivos desenvolver modelos de previsão que relacionem o grau de dificuldade, sobrecarga (física e emocional) e gratificação com as variáveis sociodemográficas e profissionais e as escalas apresentadas, analisar o nível de conhecimento dos ajudantes de ação direta sobre o cuidado às PI institucionalizadas e a necessidade de haver mais formação sobre o CCF. Desta forma, este estudo contribuirá para desenvolver o conhecimento neste domínio, pois em Portugal não existem estudos nesta área com base na perspetiva dos ajudantes de ação direta.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco secções. A primeira centra-se no enquadramento teórico do tema, sendo abordados aspetos como: o envelhecimento, a institucionalização, a funcionalidade e o Cuidado Centrado na Funcionalidade. A segunda secção inclui a descrição dos objetivos do estudo. Na terceira secção é descrita a metodologia utilizada. A quarta secção inclui os resultados obtidos. Por fim, na quinta secção são discutidos os principais resultados apresentados e apresentadas as principais conclusões.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 Envelhecimento

Em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, o número de PI tem aumentado significativamente, sendo então relevante perceber o que caracteriza o processo de envelhecimento (Sequeira, 2010).

Assim, este processo caracteriza-se de forma geral como: multidimensional, gradual, universal, heterogéneo, dinâmico e irreversível (Fiedler & Peres, 2008; Maciel, 2010; Sousa, Martins, Silva, & Santos, 2014). Para além disto, é geralmente associado a doenças, incapacidades, dependência e perda de autonomia (Flores, Borges, Denardin-Budó, & Mattioni, 2010).

Deste modo, o processo de envelhecimento pode ser definido como: um conjunto de alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo tornando-o mais suscetível a agressões (Guimarães & Galdino, 2004). Havendo, então, uma diminuição da capacidade do organismo para se adaptar a situações de *stress* (Sousa et al., 2014). Este processo sofre a influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Del Duca, Silva, & Hallal, 2009).

A nível orgânico as alterações mais evidentes relacionam-se com a diminuição da mobilidade e perda de equilíbrio (Maciel, 2010). A nível fisiológico ocorrem principalmente no sistema respiratório e circulatório, podendo-se destacar no primeiro a diminuição da capacidade vital, o aumento do volume residual, o aumento da ventilação durante o exercício e a menor mobilidade da parede torácica e no segundo a diminuição da frequência cardíaca e a diminuição do volume sistólico (Maciel, 2010). A nível social ocorrem mudanças nos papéis e redução das redes de suporte social (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2015). Por fim, ao nível psicológico destaca-se a suscetibilidade à depressão e défice cognitivo (Maciel, 2010).

Apesar de todas as alterações associadas ao processo de envelhecimento este não é decorrente de doença (Aires et al., 2006). Neste contexto é possível afirmar que a forma como a pessoa enfrenta as questões relacionadas com este processo possibilitam diferenciar envelhecimento saudável de envelhecimento patológico (Aires et al., 2006).

Assim, segundo a OMS (2015) o envelhecimento saudável define-se como: o processo de fomentar e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice. Caracteriza-se, então, não pela inexistência de doenças mas sim pela capacidade de viver bem e sem limitações (Borges & Moreira, 2009). Na sua operacionalização são valorizados aspetos como a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e a manutenção de um estilo de vida ativo (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2008).

Neste contexto, as questões do envelhecimento exigem reflexão, planeamento e conhecimento do cuidado à pessoa idosa, necessitando de transformações evidentes nas ações de planeamento e prática do cuidado para se aumentar a qualidade de vida desta população (Flores et al., 2010). Sendo, então, importante ter em conta a capacidade funcional, uma vez que as PI relacionam-na intimamente com a qualidade de vida (Fonseca et al., 2009).

## **1.2 Institucionalização**

A institucionalização da pessoa idosa pode definir-se como a sua permanência durante todo o dia, ou parte deste, numa instituição, que não a sua família, da qual recebe cuidados (Pereira, 2012). O recurso a esta resposta social surge no contexto atual como um substituto à rede informal de cuidados quando esta deixa de existir, ou seja, quando deixam de haver cuidadores informais disponíveis ou, então, quando a pessoa idosa necessita de cuidados especializados que só podem ser prestados por técnicos especializados (Pereira, 2012).

Acresce a estes fatores, outras situações, quer isoladas, quer combinadas, que podem contribuir para a institucionalização, nomeadamente: problemas financeiros, a pobreza, o vício, a exclusão social, o abuso, a reforma ou o preconceito com a idade (Carmen, 2013).

A admissão numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), a par dos processos de adaptação às mudanças decorrentes do envelhecimento, implica, ainda, a necessidade de se adaptar a um novo ambiente (Bucur, Bucur, & Runcan, 2013). Esta transformação radical no estilo de vida da pessoa idosa torna-se um grande desafio (Júnior & Tavares, 2005). Desta forma, o processo de institucionalização é, muitas vezes, associado a perda da liberdade, abandono por parte dos filhos, aproximação da morte e a ansiedade relacionada com o cuidado (Júnior & Tavares, 2005).



Neste contexto é possível afirmar que o processo de institucionalização pode trazer danos para a pessoa idosa como: depressão, confusão, perda de contacto com a realidade, sensação de isolamento e separação da sociedade (Araújo & Ceolim, 2007; Runcan, 2012). Para além destes, a institucionalização está, também, associada ao declínio físico e cognitivo pois, muitas vezes, os cuidadores não estimulam as PI ainda capazes de realizarem atividades de vida diária básicas e instrumentais (Araújo & Ceolim, 2007). O declínio das capacidades faz parte de um processo contínuo que em alguns casos pode ser evitado ou reversível, assim é necessário adotar medidas que otimizem as capacidades e reduzam os *deficits* através de outros mecanismos de cuidado (OMS, 2015).

Atendendo a estas consequências o ideal seria a pessoa idosa continuar inserida na família e na comunidade (Dantas, Bello, Barreto, & Lima, 2013; Pereira, 2012). Contudo, quando esta necessita de apoio institucional é importante ter em atenção a necessidade de realizar um cuidado individualizado, que englobe as necessidades específicas de cada pessoa idosa e favoreça a sua autonomia, independência e capacidade funcional (Araújo & Ceolim, 2007; Dantas et al., 2013).

### **1.2.1 O papel dos Ajudantes de Ação Direta (AAD)**

Os AAD desempenham um papel importante na manutenção da saúde e bem-estar das PI institucionalizadas (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011). Estes profissionais realizam a maior parte dos cuidados diretos para responder às necessidades de vida diária dos residentes nas instituições, desempenhando um papel fundamental na determinação da qualidade do cuidado (Chou & Robert, 2008; Ejaz, Noelker, Menne, & Bagaka's, 2008; Kemper & Heier, 2008; Pereira & Marques, 2014).

Assim, é exigido a estes profissionais competências que lhes permitam conhecer as necessidades das PI, saber distingui-las e saber lidar com os sintomas das doenças, problemas cognitivos e de personalidade (Pereira & Marques, 2014).

Segundo o Boletim do Trabalho e Emprego, nº 15 (2011, p.1230), em Portugal, os AAD executam a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

“a) recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial da utilização dos equipamentos ou serviços; b) procede ao acompanhamento dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-

-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres; c) assegura a alimentação regular dos utentes; d) recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições; e) presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, aplicando cremes medicinais, executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas; f) substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria; g) requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto; h) reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.”

Estes profissionais devem ainda ter capacidades que permitam o conhecimento das ajudas técnicas, dos suportes para andar e das ajudas mecânicas para as mobilizações e, também, o conhecimento de medidas de prevenção da incontinência (Fundación SAR, 2002). É de salientar, que não é da competência destes profissionais a prescrição de fármacos, de dietas, de sondas, de fraldas e de produtos de apoio para a marcha (Fundación SAR, 2002).

Apesar da importância das tarefas desempenhadas por estes profissionais, muitas vezes, estes estão sujeitos a condições de trabalho muito stressantes, não têm oportunidade de progressão na carreira e fazem parte do grupo de trabalhadores com salários mais baixos (Kemper et al., 2008). Estas condições de trabalho levam a situações de sobrecarga em várias dimensões (social, psicológica, emocional) (Pereira & Marques, 2014) contribuindo para a diminuição da eficácia da prestação de cuidados (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

### **1.3 Funcionalidade/capacidade funcional**

#### **1.3.1 Capacidade funcional**

Atendendo ao novo paradigma social para o envelhecimento e aos seus reflexos na

dimensão da saúde surge o conceito de funcionalidade que, assim, visa definir, instrumentalizar e operacionalizar a saúde da PI (Maciel & Guerra, 2007).

A capacidade funcional pode ser descrita como a aptidão de manter as habilidades mentais e físicas para viver de forma independente e autónoma (Pedrazzi, Rodrigues, & Schiaveto, 2007), ou seja, representa a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades necessárias para cuidar de si mesmo e do que o rodeia de forma independente (Maciel, 2010).

Associado a uma melhor funcionalidade está um maior índice de atividade, o que nos permite dizer que as PI residentes na comunidade são mais ativas e, assim, tem um nível de funcionalidade superior ao das PI residentes em ERPI (Maciel & Guerra, 2007).

Atendendo a isto, a promoção e manutenção da capacidade funcional máxima da pessoa idosa significa, também, uma valorização da sua autonomia e da sua autodeterminação (Guimarães & Galdino, 2004).

### **1.3.2 Atividades de Vida Diária**

Como a capacidade funcional é geralmente mensurada através da (in)capacidade de realizar Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais torna-se relevante perceber em que consistem estas atividades (Pedrazzi et al., 2007).

As Atividades de Vida Diária Básicas podem ser descritas como atividades de autocuidado, sendo essenciais à sobrevivência no dia-a-dia (Pedrazzi et al., 2007). As atividades ligadas ao autocuidado do indivíduo compreendem tarefas como: alimentar-se, realizar a sua higiene e vestir-se (Del Duca et al., 2009).

As Atividades de Vida Diária Instrumentais podem ser descritas como atividades necessárias para sustentar uma vida independente na comunidade (Pedrazzi et al., 2007). Este tipo de atividades engloba tarefas mais complexas inerentes à participação social do indivíduo, sendo alguns exemplos a realização de compras, atender o telefone ou utilizar meios de transporte (Del Duca et al., 2009). Uma perda de capacidade funcional ao nível deste tipo de atividades contribui para um afastamento do meio social e consequentemente para situações de isolamento (Pedrazzi et al., 2007).

A dificuldade em realizar AVD, quer atividades de autocuidado, quer atividades mais complexas é referida como declínio funcional (DF) (Stuck et al., 1999). Havendo, assim,

com o avanço da idade um aumento da necessidade de assistência na realização destas atividades (Pedrazzi et al., 2007).

### **1.3.3 Declínio funcional**

Ao longo do processo de envelhecimento ocorre uma progressiva diminuição da capacidade funcional (Sousa et al., 2014). Assim, neste contexto, surge o termo de declínio funcional (Sousa et al., 2014).

O DF associa-se à dificuldade ou impossibilidade de desempenhar uma ou mais AVD's (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003). Este declínio implica a necessidade de ajuda para executar essas atividades inerentes a uma vida independente (Alves, Leite, & Machado, 2010).

Fatores demográficos, socioeconômicos e de condição de saúde estão relacionados com o processo de DF, sendo este, também, influenciado por fatores individuais (Alves et al., 2010). Podem destacar-se, então, como fatores de risco para o DF a ansiedade e a depressão, o isolamento social, o comprometimento cognitivo, o elevado consumo de álcool, fumar, a ocorrência de quedas, a má nutrição, a presença de problemas de visão, a presença de doença crônica e a percepção do estado de saúde e, por fim, o baixo nível de atividade física (Stuck et al., 1999). Desta forma, conclui-se que um dos fatores individuais que acelera o DF é a adoção estilo de vida sedentário (Amorim & Dantas, 2002).

Atendendo a estes fatores torna-se importante a adoção de um estilo de vida saudável que inclua a atividade física na rotina da pessoa idosa (Amorim & Dantas, 2002; Borges & Moreira, 2009). Assim, a atividade física assume-se como uma ferramenta que atua de forma positiva na qualidade de vida das PI, pois as suas capacidades físicas são estimuladas e a sua autonomia para desempenhar, sem ajuda, as AVD pode ser mantida por um maior período de tempo (Borges & Moreira, 2009). Sugere-se, então, que se dê prioridade à realização de exercícios e atividades que visem desenvolver a capacidade aeróbica, a flexibilidade, o equilíbrio, a resistência e a força muscular de acordo com as especificidades desta população (Maciel, 2010).

As limitações funcionais acarretam maiores repercussões na vida diária das PI do que as doenças (Schneider, Marcolin, & Dalacorte, 2008). Ao manter as PI independentes e autônomas contribuir-se-á para que as dificuldades sentidas por esta população, as suas

famílias e a sociedade sejam minimizadas (Pereira, Abreu, Vitoreti, & Líbero, 2003). Isto verifica-se pois o DF está associado a uma maior risco de institucionalização e de quedas (Nogueira et al., 2010) o que pode originar complicações ao longo do tempo e a necessidade de cuidados especializados e de alto custo (Guimarães & Galdino, 2004).

Neste contexto, o DF assume-se como um forte preditor da mortalidade nas PI, devendo, então, ser incluído na avaliação diagnóstica dos profissionais de saúde que lidam com esta população (Del Duca et al., 2009). Assim, o diagnóstico e a prevenção dos possíveis riscos ligados à incapacidade funcional, na procura de uma longevidade com maior grau de independência, autonomia e qualidade de vida para as PI surge como o grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas (Del Duca et al., 2009).

#### **1.3.4 Capacidade funcional e institucionalização**

Como já referido anteriormente o processo de envelhecimento acarreta um declínio da capacidade funcional, sendo que esta situação é mais evidente em PI institucionalizadas (Gonçalves et al., 2010). O declínio da capacidade funcional agrava-se ao longo do processo de institucionalização pois as PI não são estimuladas pelos AAD a realizarem atividades de vida diária básicas e instrumentais (Araújo & Ceolim, 2007). Assim, é possível afirmar que neste contexto os AAD fazem estas tarefas pelas PI, em vez de as incentivar a realiza-las (Araújo & Ceolim, 2007).

Estas instituições providenciam cuidados a populações vulneráveis ao nível das necessidades e assistência de saúde, funcionalidade e cognição (Resnick, Galik, Gruber-Baldini, & Zimmerman, 2009). As pessoas nesta faixa etária tendem a demonstrar declínios funcionais progressivos ao longo do tempo requerendo algum tipo de assistência para a realização das suas AVD (Resnick et al., 2009). O DF é frequente entre pessoas institucionalizadas, variando entre 7% a 32% nos primeiros 6 meses após a integração na ERPI (Rosen et al., 1999). O estudo retrospectivo de Ang, Au, Yap, & Ee, (2006) demonstrou que 35% das PIs institucionalizadas apresentaram DF (deterioração em duas ou mais AVD). Este declínio é mais acentuado em pessoas idosas com défice cognitivo, nomeadamente demência (Helvik, Engedal, Benth, & Selbæk, 2014).

Vários fatores contribuem para o DF entre as PI institucionalizadas, nomeadamente, a falta de motivação, questões sociais e expectativas culturais, fatores ambientais,

multimorbilidades e o medo de cair (Resnick et al., 2006). Para além destes fatores, o cuidado desenvolvido pelos profissionais, que promove a dependência dos residentes (dependência aprendida), contribui significativamente para o DF nas ERPI (Davies, Ellis, & Laker, 2000; Resnick, 1998).

Como resposta à necessidade de atenuar este declínio da capacidade funcional devem ser criados programas para a prevenção e reabilitação das PI (Dantas et al., 2013) e desenvolvidas estratégias que incentivem a prática de exercícios físicos e promovam uma vida o mais ativa possível (Gonçalves et al., 2010).

#### **1.4 Cuidado Centrado na Funcionalidade**

O CCF define-se como uma abordagem de cuidado focada na avaliação das capacidades subjacentes referentes à atividade funcional e física (Resnick, Boltz, Galik, & Pretzer-Aboff, 2012). Este modelo apresenta-se como uma abordagem alternativa aos cuidados tradicionais prestados às PI (Resnick, Galik, Gruber-Baldini, & Zimmerman, 2011). O seus pressupostos centram-se na ajuda à PI a otimizar e manter as suas capacidades e a continuar a aumentar o tempo gasto na atividade física, para, desta forma, recuperar e/ou manter a funcionalidade (Resnick et al. 2012). Por fim, baseia-se nas interações entre o cuidador e a PI (Resnick et al. 2004).

Assim, a PI deve ser envolvida e estimulada a participar no seu próprio cuidado, ou seja, os cuidados prestados devem ser realizados “com” a pessoa idosa e não “para” esta (Burket et al., 2013).

Para Resnick et al. (2012), esta abordagem, pode ser realizada com todas as PI independentemente do contexto de cuidado. Neste sentido, é essencial que esta abordagem de cuidado seja aplicada em todas as interações e atividades inerentes ao cuidado das PI (Burket et al., 2013). O desenvolvimento do CCF foi guiado pelo modelo ecológico social e a teoria social cognitiva, apresentados seguidamente.

##### **1.4.1 Modelo Ecológico e Social e Teoria Social Cognitiva**

Para a implementação da abordagem do CCF é utilizado como guia o Modelo Ecológico e Social (Resnick et al., 2012). Este modelo relembra que é importante compreender de forma abrangente as relações entre os fatores intrapessoais e interpessoais

nas PI e nos cuidadores, fatores ambientais e os fatores políticos que podem influenciar a percepção do CCF e a capacidade de se comprometer para o realizar (Resnick et al., 2012). Assim, os fatores intrapessoais compreendem fatores físicos, psicológicos, psicossociais, cognitivos e comportamentais. Incluem, ainda, as multimorbilidades, problemas médicos agudos e variáveis demográficas não modificáveis como a idade, o género ou a raça (Resnick et al., 2012). Os fatores interpessoais compreendem: o suporte social e a motivação (Resnick et al., 2012). Os fatores ambientais relacionam-se com a importância da existência de espaços “amigos das PI” (Sousa et al., 2014). Os fatores políticos referem-se às políticas, procedimentos e filosofias de cuidado adotadas pelas instituições (Resnick et al., 2012).

A abordagem de CCF baseia-se, também na Teoria Social Cognitiva, da qual se destaca a teorização sobre as crenças de autoeficácia de Bandura (Resnick et al., 2012). Segundo Bandura, citado em Resnick et al. (2012, 8), a autoeficácia percebida refere-se às “crenças nas próprias capacidades para organizar e executar os cursos de ação requeridos para manejar situações futuras”. Esta teoria sugere que quanto maior for a autoeficácia e as expectativas individuais mais provável será que a pessoa inicie e continue a realizar uma determinada atividade (Resnick et al., 2012).

#### **1.4.2 Implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade**

A implementação de uma abordagem de CCF pressupõe que exista uma mudança de comportamento nos cuidadores pois o seu foco deixa de ser a prestação de cuidados para as PI e passa a ser o incentivo para que estes se envolvam nas AVDs (Resnick et al., 2004).

Para a implementação desta abordagem, é necessário um comportamento organizado e a habilidade e boa vontade de um líder, para iniciar e apoiar o processo de implementação (Resnick et al., 2012). Este líder pode ser um enfermeiro, um AAD, um familiar ou amigo, consoante o local onde a abordagem vai ser implementada, devendo ser reconhecido como tal e ter tempo reservado para este papel de liderança (Resnick et al. 2012). O líder da implementação desta abordagem de cuidado deve formar uma equipa composta por: um médico e/ou um enfermeiro, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional ou animador sociocultural, uma assistente social e uma equipa de AAD (Resnick et al., 2012). Esta equipa de profissionais poderá ser consultada para identificar

os objetivos do CCF, ajudar a alocar recursos, integrar atividades e participar na motivação contínua das PI e de todos os cuidadores (Resnick et al., 2012).

As autoras Resnick et al. (2012) sugerem a utilização de quatro componentes na sua implementação, sendo elas as seguintes: avaliação do ambiente e das políticas, educação, estabelecimento de objetivos para o CCF e motivação e orientação. Estas componentes são iniciadas sequencialmente, contudo as intervenções iniciadas dentro de cada componente são continuamente utilizadas até se tornarem rotinas de cuidado previstas na organização (Resnick et al., 2012). De seguida, apresenta-se uma breve descrição destas componentes.

#### **a) Componente I – Avaliação do Ambiente e das Políticas**

Esta componente envolve a avaliação do ambiente, das políticas e dos procedimentos da organização para determinar se estes se apresentam como barreiras para a implementação do CCF (Resnick, Galik, Gruber-Baldini, et al., 2011). Os resultados desta avaliação são utilizados para identificar e recomendar intervenções adequadas e acessíveis que otimizem as funções e atividade física das PI (Resnick et al. (2011).

Na maioria dos ambientes onde vivem PI os espaços para realizar exercício geralmente são limitados e os corredores e áreas comuns raramente são usadas para promover a atividade física (Resnick et al., 2012). Alterações ambientais que contribuem para o aumento da atividade física são: mudar a altura das cadeiras ou das camas, colocar cadeiras ao longo dos corredores para permitir períodos de descanso, colocar corrimãos, colocar cartazes que encorajem a realização de atividade física, desenvolver percursos seguros dentro e fora de portas, entre outras (Resnick et al., 2012).

Políticas relacionadas com o uso de determinado espaço pode influenciar a funcionalidade e a participação em atividades físicas das PI (Resnick et al., 2012). Estas políticas devem ser implementadas em toda a organização para uma melhor integração do CCF (Resnick et al. 2012).

#### **b) Componente II – Educação**

A educação dos cuidadores formais, PI e das suas famílias ou cuidadores informais é necessária para reforçar crenças no que diz respeito à confiança para realizar a atividade e as expectativas do resultado associado a essa atividade (Resnick et al., 2012). Com esta componente pretende-se motivar os idosos a envolver-se em atividades físicas e funcionais e a usar/otimizar o ambiente para a integração dos cuidados centrados na funcionalidade



nas rotinas da organização (Resnick, Galik, & Enders, 2011).

Para motivar as PI a envolver-se em atividades físicas são incluídas várias áreas no material educacional (Resnick et al., 2012). Estas áreas são, então:

- Educação para adultos, onde os cuidadores são encorajados a fornecer informações contínuas acerca dos benefícios do CCF (Resnick et al., 2006) e a enfatizar questões como a independência, o medo de cair, melhor resistência e os sentimentos de realização e bem-estar, para assim garantir que as PI são capazes de permanecer no menor nível de cuidados (Resnick et al., 2012).
- Encorajamento verbal, onde os cuidadores devem ser instruídos para fornecer encorajamentos verbais às PI, focados em ajuda-los a acreditar que eles conseguem executar as atividades recomendadas e a fornecer reforço positivo para qualquer atividade realizada (Resnick et al., 2012).
- Eliminar sensações desagradáveis, onde todos os cuidadores deverão ser ensinados a avaliar e a implementar intervenções que diminuam as sensações desagradáveis, como dor, medo ou fadiga, associadas com a realização de atividades físicas e funcionais (Resnick et al., 2006; Resnick et al., 2012).
- Fornecer pistas visuais e auditivas, correspondentes ao estado cognitivo, através *self-* e *role-modeling*, onde os cuidadores deverão incentivar as PI e deverão rever os sucessos anteriores como forma de reforço positivo (Resnick et al., 2006; Resnick et al., 2012). Deve também ser destacado nos boletins de notícias ou quadros de avisos da organização as melhorias na atividade funcional ou aderência a programas de atividade física de qualquer residente (Resnick et al. 2012).

Para otimizar o ambiente e integrar o CCF na vida quotidiana da organização é sugerido que haja sessões de formação para os profissionais, para as PI e para as famílias/cuidadores informais (Resnick et al., 2012).

- Formação para profissionais. A abordagem mais prática e efetiva é oferecer múltiplas sessões para a equipa, nos horários mais convenientes para esta, sendo que as sessões devem ser curtas (Resnick et al. 2012). Esta componente educacional pode ser implementada em quatro sessões utilizando-se métodos de diálogo interativo e *role playing* e deve ser fornecido material impresso com informações acessíveis para uma revisão

pessoal, treino e, também, para o caso de haver sessões perdidas (Resnick et al., 2012). Se após estas sessões, houver admissão de novos colaboradores na equipa de cuidados estes devem receber material informativo para ficarem a conhecer esta abordagem de cuidado e a sua importância (Resnick et al., 2012).

- Formação para as PI. Deve-se fornecer uma revisão básica sobre esta abordagem de cuidados, aquando da admissão do residente, quer de forma verbal, quer deixando folhetos no seu quarto (Resnick et al. 2012).

- Formação para a família/cuidadores informais. Devido aos seus horários é pouco provável que as famílias e outros trabalhadores participem nas formações, assim os folhetos e materiais escritos são o mais útil e importante. (Resnick et al., 2012).

### **c) Componente III – Estabelecer metas para o Cuidado Centrado na Funcionalidade**

Esta componente procura avaliar as capacidades subjacentes das PI para executar uma tarefa (Resnick et al., 2012). Assim, é avaliada a capacidade física e são identificados fatores intrapessoais (estado cognitivo, dor, medo de cair, efeitos colaterais dos medicamentos) de cada pessoa idosa e são estabelecidas metas e objetivos para o cuidado, com base nos resultados desta avaliação (Resnick, Galik, Gruber-Baldini, et al., 2011).

### **d) Componente IV – Motivação e orientação**

A componente IV envolve motivação e orientação contínua dos cuidadores e motivação contínua para as PI se comprometerem na atividade física e funcional (Resnick et al., 2012).

Com as PI são utilizadas intervenções que fortalecem a autoeficácia e as expectativas, como reforços positivos por se terem comprometido nas atividades físicas e funcionais, para, assim, aumentar o seu envolvimento nestas atividades (Resnick et al., 2012).

Para os cuidadores devem ser proporcionados reforços positivos pela prestação de cuidados centrados na funcionalidade, devem ser realizadas reuniões com os cuidadores para abordar as suas crenças sobre atividade física e os sentimentos e experiências associados à prestação destes cuidados (Resnick, Galik, Gruber-Baldini, et al., 2011). Devem também ser reforçados os benefícios do CCF, as expectativas de resultado dando destaque a outros cuidadores que prestam estes cuidados com sucesso e eliminar a

influência de líderes com opiniões negativas (Resnick et al. 2011).

Importa alertar para o facto de ser relevante, de para além de fornecer motivação contínua às PI, fornecer, também, o mesmo nível de motivação e acompanhamento aos cuidadores e famílias (Resnick et al. 2012). Sendo, também, importante a consistência entre os cuidados prestados por todos os cuidadores (Resnick et al., 2012).

#### **1.4.3 Barreiras à implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade**

Os AAD encontram diversas barreiras na implementação desta abordagem de cuidado (Resnick et al., 2008). Assim, uma das barreiras na implementação desta abordagem de cuidado é o tempo necessário para motivar as PI a participar nas atividades físicas e funcionais, pois, algumas vezes, estas pessoas procuram atenção através da prestação de cuidados ou aprendem a ser dependentes esperando um determinado nível de cuidado (Resnick et al. 2008). O comprometimento cognitivo, moderado ou grave das PI é referido como uma barreira ao desenvolvimento de CCF (Resnick et al., 2008). Outra barreira à implementação desta abordagem de cuidado é o facto de os AAD assumirem que as PI não são capazes de realizar determinada atividade (Resnick et al., 2008).

Os familiares das PI são, também, outra das barreiras à implementação de CCF, uma vez que, assumem que a pessoa idosa precisa de ajuda em todas as atividades de cuidado exercendo uma grande pressão sobre os AAD (Resnick et al., 2006; Resnick et al., 2008). Os AAD sentem medo de infringir os direitos das PI e temem ser acusados de abuso quando as encorajam a realizar tarefas de cuidado, assumindo-se este facto como uma barreira à implementação desta abordagem de cuidado (Resnick et al. 2008).

#### **1.4.4 Facilitadores para a implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade**

Na perspetiva dos AAD ser assertivo surge como um dos facilitadores à implementação desta abordagem de cuidado (Resnick et al. 2008). Encorajar verbalmente a pessoa idosa, fornecer reforço positivo, fornecer orientação passo-a-passo, demonstrar carinho, dar a possibilidade de a pessoa idosa escolher as atividades de cuidado que realiza e oferecer-lhe recompensas significativas são também importantes facilitadores da

implementação deste tipo de cuidado na perspectiva dos AAD (Resnick et al., 2008).

Salienta-se, ainda, que conhecer os objetivos que devem ser trabalhados com cada pessoa idosa facilita a implementação desta abordagem de cuidado (Resnick et al., 2008).

#### **1.4.5 Benefícios da implementação do Cuidado Centrado na Funcionalidade**

Como benefícios para as PI da implementação da abordagem de CCF pode destacar-se: a pessoa idosa sente-se mais independente, sente-se melhor e útil por conseguir fazer determinada tarefa, sente uma maior empatia pela forma como é cuidado e sente que tem a sua dignidade de volta (Resnick et al., 2008). É ainda, de salientar, que a implementação desta abordagem de cuidado reduz o uso de contenções (Resnick et al. 2008).

Como benefícios para os AAD evidencia-se a diminuição do stresse e a melhoria da sua satisfação no trabalho (Resnick et al., 2008).

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo geral deste estudo visa analisar a percepção dos ajudantes de ação direta em relação ao Cuidado Centrado Funcionalidade através da escala da Autoeficácia, da escala das Expectativas e da escala do Conhecimento.

Os objetivos específicos são:

- Testar a validade e a fiabilidade da escala da Autoeficácia, da escala das Expectativas e da escala do Conhecimento para a população portuguesa;
- Desenvolver modelos de previsão que relacionem o grau de dificuldade, sobrecarga (física e emocional) e gratificação com as variáveis sociodemográficas e profissionais e as escalas apresentadas;
- Analisar o nível de conhecimento dos AAD sobre o cuidado às pessoas idosas institucionalizadas e a necessidade de haver mais formação sobre o CCF.



### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Para atingir os objetivos deste estudo utilizou-se uma abordagem quantitativa do tipo descritivo/correlacional e transversal

A abordagem quantitativa caracteriza-se pela verificação das relações entre conceitos, sendo dois dos seus objetivos estabelecer fatos e pôr em evidência relações entre as variáveis (Fortin, 2009). Esta abordagem permite, ainda, a generalização dos resultados obtidos com a amostra, à população alvo (Fortin, 2009). Por sua vez, e segundo Fortin (2009, 34), o tipo de investigação descritiva “visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”.

#### **3.2 Contexto e participantes**

O contexto da realização deste estudo foram ERPI, na região centro do país. Todas as instituições assumem uma natureza de Instituição Particular de Solidariedade Social e estão localizadas nos distritos de Aveiro e Coimbra. A escolha destas organizações abrangeu dois aspetos: a homogeneidade em relação ao número de residentes e recursos humanos e a sua localização geográfica.

Neste estudo foi utilizada uma amostra não probabilística de conveniência. Uma vez que, este estudo se caracterizou por ser um estudo piloto, não foi feito um cálculo amostral formal. A informação recolhida possibilitou, então, verificar que os procedimentos de análise dos dados foram adequados para o número de participantes que integrou o estudo.

Os/as participantes deste estudo foram ajudantes de ação direta. Assim, os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: trabalhar na instituição há mais de 6 meses e aceitar voluntariamente participar no estudo. Como critério de exclusão para a participação no estudo surgiu o facto de não desenvolver cuidados diretos às PI.

### **3.3 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas**

O processo de recolha de dados decorreu entre Novembro de 2015 e Março de 2016. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário de autopreenchimento.

Este foi entregue em envelope fechado juntamente com uma folha de informações ao participante (**Anexo I**) e com o termo de consentimento informado (**Anexo II**) aos AAD. Após ser preenchido e identificado com o código, foi colocado no envelope e este selado para posteriormente ser recolhido. Aquando do contacto com os participantes foi solicitada a sua colaboração para o preenchimento do questionário em outro momento, com um intervalo de duas semanas, para assim assegurar a estabilidade temporal e validar as escalas. Este intervalo foi o recomendado pelos autores das escalas.

Este protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (parecer n.º 259/02-2015). Assim, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados foi assegurada. Foi, também, assegurado que a recusa em participar ou a desistência não tinham qualquer implicação para o participante.

### **3.4 Instrumentos de recolha de dados**

O questionário foi constituído por duas partes. A primeira incluiu as variáveis sociodemográficas e profissionais e a segunda incluiu a escala da Autoeficácia, a escala das Expectativas e a escala do Conhecimento, relativas ao CCF (**Anexo III**). O questionário aplicado no momento do reteste incluiu o código de identificação e, apenas, a escala da Autoeficácia e a escala das Expectativas.

A série de questões sobre variáveis sociodemográficas e profissionais visou recolher informações relativas ao género, idade, estado civil, escolaridade, formação específica na área do cuidado à PI e vínculo profissional dos AAD. Esta série de questões visou, ainda, recolher informações relacionadas com os sentimentos vivenciados no trabalho com PI, nomeadamente, dificuldade, gratificação e sobrecarga física e emocional. Estes sentimentos/variáveis demonstraram influenciar o cuidado desenvolvido à PI num grupo de enfermeiros (Tavares, 2014). Adicionalmente, estudos com AAD têm demonstrado que estes profissionais apresentam níveis significativos de exaustão emocional e física (Garcia,



2013; Marques, 2013). Por último, visou recolher informações sobre a percepção quanto à necessidade de formação sobre o cuidado à população idosa.

#### ***3.4.1 Nursing Assistants Self-efficacy for Restorative Care Activities***

A *Nursing Assistants Self-efficacy for Restorative Care Activities* (NASERCA) *Scale*, (na versão portuguesa denominada escala da Autoeficácia) foi desenvolvida por Resnick e colegas a partir de reuniões e grupos focais com AAD, coordenadores de programas de CCF e enfermeiros/as que ajudaram a desenvolver estes programas (Resnick & Simpson, 2003).

A NASERCA é uma escala de 10 itens e reflete a confiança do AAD na realização de atividades de CCF e a sua confiança para realizar essas atividades face a desafios comuns (por exemplo: quando as PI se recusam a realizar a atividade) (Resnick & Galik, 2008; Resnick & Simpson, 2003; Resnick et al., 2004). Ao longo desta escala é perguntado ao AAD o seu nível de confiança, numa escala de 0 (nenhuma confiança) a 10 (muito confiante), em realizar atividades promotoras de funcionalidade (Resnick & Galik, 2008; Resnick & Simpson, 2003).

Este instrumento é composto por dois fatores: competências e mudanças. Associado ao fator das competências surgem os seguintes itens: Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho; Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se; Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições; Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada; Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico; Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal (Resnick & Galik, 2008). Ao fator das mudanças surgem associados os seguintes itens: Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas; Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores; Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém; Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários (Resnick & Galik, 2008).

Quanto à validade a literatura indica-nos que numa análise de grupos contrastantes (grupo de AAD que realiza atividades de CCF vs grupo de AAD que não realiza atividades de CCF) foi obtido um  $F=4,5$  estatisticamente significativo para um  $p < 0,05$  (Resnick &

Simpson, 2003). Como referido anteriormente esta escala é composta por dois fatores sendo que para o fator competências todos os itens se mostraram relacionados com o conceito com coeficientes que variam entre [0,72;0,85] e para o fator mudanças o mesmo se verificou variando os coeficientes entre [0,62;0,86] (Resnick & Galik, 2008). A análise de *Rash* demonstrou, que o fator competência apresentou ajuste pobre aos dados ( $\chi^2=27,2$ , *ratio*=6,8, NFI=0,95, e RMSEA=0,12) enquanto o fator mudanças obteve um excelente ajuste aos dados ( $\chi^2=4,2$ , *ratio*=2,1, NFI=0,99, e MSE=0,01) (Resnick & Galik, 2008).

Na análise dos grupos contrastantes foi observado que existe uma maior autoeficácia dos AAD que desenvolvem CCF em comparação com os que não desenvolvem (Resnick & Simpson, 2003) e que há um aumento da autoeficácia destes profissionais quando são implementados programas de CCF (Resnick et al., 2004). Por último, destaca-se que quanto maior são as expectativas em relação à autoeficácia maior é a satisfação pessoal (Resnick & Galik, 2008).

Quanto à fiabilidade este instrumento obteve um *Alpha de Cronbach*= [0,81;0,91], o que nos indica que os itens que o constituem são relevantes para o conceito (Resnick & Simpson, 2003). No teste-reteste este instrumento obteve um *F*=1,9 e um *p*=0,18 (Resnick & Simpson, 2003). A literatura mostra-nos que o fator competências obteve um *Person Separation Index* (PSI) de 1,79 e um *R*=0,76 e o fator mudanças obteve um PSI de 1,64 e um *R*=0,71 (Resnick & Galik, 2008). Por fim, é de salientar que o *R*<sup>2</sup> dos itens de ambas as subescalas, à exceção de dois itens da subescala mudanças, são superiores a 0,50 indicando que existe uma forte fiabilidade destes (Resnick & Galik, 2008).

#### **3.4.2 *Nursing Assistants Outcome Expectations for Restorative Care Activities***

À semelhança da NASERCA a *Nursing Assistants Outcome Expectations for Restorative Care Activities* (NAOERCA) *Scale* (na versão portuguesa denominada escala das Expectativas) foi desenvolvida por Resnick e colegas com base em reuniões de grupos focais com profissionais que participaram no desenvolvimento de programas de CCF (Resnick & Simpson, 2003).

Esta escala é constituída por 9 itens que se focam nos benefícios percebidos do CCF, a partir da perspetiva dos AAD (Resnick & Galik, 2008; Resnick et al., 2004). Assim, ao

longo deste instrumento os AAD são convidados a indicar o seu grau de concordância acerca de declarações sobre os benefícios do CCF, numa escala de 1 (concordo plenamente) a 5 (discordo plenamente) (Resnick & Simpson, 2003). Para a obtenção do score final os valores desta escala são invertidos (Resnick et al., 2004). Importa referir que esta foi baseada numa primeira versão constituída por 6 itens que no teste piloto revelou uma consistência interna limitada ( $\text{Alpha de Cronbach} = 0,61$ ) (Resnick & Galik, 2008).

Quanto à validade o primeiro estudo piloto, com a versão de 6 itens, numa análise com grupos contrastantes mostrou a existência de expectativas mais positivas dos AAD que desenvolvem CCF em relação aos que não desenvolvem, originando um  $F=1,3$ ,  $p<0,05$  (Resnick & Simpson, 2003). Um estudo mais recente da versão final do instrumento, mostrou que este é unifatorial apresentando coeficientes que variam  $[0,59;0,74]$ , e, através de uma análise de *Rasch*, apresenta os seguintes valores:  $\chi^2 = 38,6$ ,  $\text{ratio}=2,7$ ,  $\text{NFI}=0,97$ , e  $\text{RMSEA}= 0,07$  (Resnick & Galik, 2008). É de salientar, também, que esta escala apresenta uma validade convergente pois os resultados relacionam-se com o desenvolvimento de CCF (Resnick & Galik, 2008).

Quanto à fiabilidade teste-reteste a versão inicial de seis itens da escala obteve um  $F=0,76$ ,  $p=0,39$  (Resnick & Simpson, 2003) e um  $\text{Alpha de Cronbach}=[0,89;0,93]$  (Resnick et al., 2004). Resnick & Galik (2008) numa análise de *Rasch*, obteve os valores  $\text{PSI}=2,08$  e  $R=0,81$ , sendo de salientar que mais de metade dos itens obtiveram  $R^2$  inferiores a 0,50 indicando uma fiabilidade limitada.

### ***3.4.3 Nursing Assistant Theoretical Testing of Restorative Care Activities***

*Nursing Assistant Theoretical Testing of Restorative Care Activities* (NATTRCA) (na versão portuguesa denominada escala do Conhecimento) assume-se como uma ferramenta de certificação dos AAD que desenvolvem CCF (Resnick & Galik, 2008; Resnick & Simpson, 2003).

Os itens que compõem este instrumento foram desenvolvidos com a colaboração de profissionais de enfermagem especialistas em CCF (Resnick & Simpson, 2003). É um instrumento de avaliação composto por 15 perguntas de escolha múltipla em que são testados os conhecimentos acerca das atividades de CCF que os AAD possuem (Resnick et al., 2004). A literatura mostra-nos que a pelo menos 80% de respostas corretas a estas

perguntas corresponde uma maior autoeficácia na realização de CCF e maiores expectativas quanto aos benefícios deste tipo de cuidado (Resnick & Simpson, 2003).

A utilização prévia deste instrumento forneceu evidências para a sua validade, baseada em análises com grupos contrastantes (Resnick & Galik, 2008; Resnick et al., 2004). Quanto à fiabilidade teste-reteste o instrumento apresentou  $F=2,5$ ,  $p=0,14$  (Resnick & Simpson, 2003).

#### **3.4.4 Validade e fiabilidade das escalas**

A Tabela 1 (página 27) apresenta de forma resumida os principais resultados, presentes na literatura, do processo de validação e fiabilidade das escalas: NASERCA, NAOERCA e NATTRCA mencionadas anteriormente.

#### **3.4.5 Tradução, adaptação e validação das escalas para o contexto português**

O processo de tradução, adaptação e validação da Escala de Auto Eficácia, Escala das Expectativas e Escala de conhecimentos teve por base as etapas do *Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures Report of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (Wild et al., 2005). Estas etapas são: preparação, tradução, conciliação, retro-tradução, revisão da retro-tradução, *debriefing* cognitivo, revisão dos resultados do *debriefing* cognitivo e finalização, revisão e, por fim, relatório final (Wild et al., 2005).

A validade de conteúdo (equivalência semântico-idiomática e cultural) foi avaliada através do índice da validade de conteúdo (IVC). Este método mede a proporção de especialistas na área em estudo que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e dos seus itens (Alexandre & Coluci, 2011). Os juízes foram convidados a avaliar os itens com uma escala tipo *Likert* de 1 a 4 (1- Não Concordo, 2- Concordo Parcialmente, 3- Concordo, 4- Concordo totalmente). O IVC é calculado pelo somatório dos itens medidos por “3” ou “4” a dividir pelo número total de respostas. Os itens pontuados com “1” ou “2” devem ser revistos pelo painel de especialistas na revisão seguinte. Neste estudo, participaram 5 juízes especialistas na área da gerontologia e

geriatria e com larga experiência na área da investigação. Segundo Polit & Beck, (2006) e Alexandre & Coluci, (2011), o processo de validação termina quando o valor de IVC for igual ou superior a 0,8 em todos os itens.

No final da primeira avaliação 76% dos itens obtiveram  $IVC=1$ , 14,4% um IVC entre  $[0,8-0,95]$  e 9,6% com  $IVC < 0,8$ . Na Escala de Autoeficácia, dos 10 itens, 6 obtiveram um  $IVC \geq 0,8$ , sendo que 4 foram reformulados e avaliados na segunda ronda. Na Escala de Expectativas todos os itens, com a exceção de um item (Fazer com que os residentes participem nas atividades de prestação de cuidados irá aumentar a minha satisfação com o trabalho.  $IVC = 0,7$ ), apresentaram um  $IVC \geq 0,9$ . Na Escala do Conhecimento, das 15 perguntas, só duas respostas na questão 8 apresentaram  $IVC < 0,8$ , sendo revistas e avaliadas na segunda ronda. Nas restantes perguntas e opções de resposta verificou-se um  $IVC \geq 0,95$ . No final da segunda avaliação pelo painel de peritos concluiu-se o processo de validade de conteúdo pois obteve-se os valores de concordância mínima  $\geq 0,8$ .

Esta avaliação das equivalências semântica-idiomática e cultural, sob a perspetiva de especialista na área da gerontologia e geriatria, reforça adaptação e validação destes instrumentos no contexto dos AAD portugueses.

### **3.5 Procedimentos de análise de dados**

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e inferencial, nomeadamente: frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Para a validação das escalas apresentadas foi utilizada a análise fatorial exploratória com rotação *Oblimin* (escala da Autoeficácia) e *Varimax* (escala das Expectativas), tendo sido, também, avaliada a rotação *Quartimax*. Para análise da consistência interna foi utilizado o *Alpha de Cronbach*. Para a avaliação da fiabilidade temporal (teste-reteste) foi calculado o coeficiente de correlação intra-classe (CCI). Para a estabilidade dos resultados utilizou-se um teste t de amostras emparelhadas (critério da normalidade verificado).

Modelos de regressão linear foram propostos para a previsão dos resultados das escalas de Autoeficácia, Expectativas e de Conhecimento, tendo como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e os sentimentos em relação ao cuidado às PI: dificuldade, sobrecarga (física e emocional) e gratificação. As correlações apresentadas foram

calculadas pelo coeficiente de correlação de *Spearman*.

Por fim, comparações entre os diferentes grupos foram analisadas com recurso ao teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* (mais do que dois grupos em simultâneo e o critério da normalidade ou homogeneidade nem sempre foi verificado) ou o teste de *Mann-Whitney* (apenas para dois grupos em simultâneo e o critério da normalidade nem sempre foi verificado) para as variáveis quantitativas. Para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste do qui-quadrado (ou o teste da razão de verossimilhança ou o Teste de *Fisher*, quando os pressupostos do qui-quadrado não se verificaram).

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22 para *Windows*, sendo considerados significativos resultados inferenciais inferiores a 0,05.

**Tabela 1.** Estudos de validade e fidelidade das escalas para avaliar o CCF

Escalas	Estudos	Amostra	Validade	Fiabilidade
<b>Escala da Autoeficácia</b>	Resnick & Simpson (2003)	27 AAD (teste-reteste: 2 semanas)	Validade de constructo Validade facial (grupos de peritos e ajudantes de ação direta). Grupos contrastantes: maior autoeficácia das ajudantes de ação direta que desenvolvem o FFC vs as que não desenvolvem) ( $F= 4,5$ , $p < 0,05$ ).	<i>Alpha de Cronbach</i> = [0,81;0,91] Fiabilidade teste-reteste ( $F=1,9$ , $p=0,18$ )
	Resnick et al. (2004) (estudo piloto)	17 AAD	Grupos contrastantes: Aumento da autoeficácia após implementação de programa mostrada.	<i>Alpha Cronbach</i> = [0,80;0,91]
	Resnick et al. (2008)	386 AAD (8 lares)	Análise fatorial confirmatória (AFC): 2 fatores (competências e mudanças); carga fatorial: Competências: [0,72; 0,91]; Mudanças: [0,62; 0,86]) Análise <i>Rasch</i> : 2 fatores (competências: $\chi^2= 27,2$ , ratio=6,8, NFI=0,95, e RMSEA=0,12; mudanças: $\chi^2=4,2$ , rati=2,1, NFI=0,99, e MSE=0,01). Validade convergente: quanto maior as expectativas em relação à autoeficácia maior a satisfação profissional	Subescala competência: PSI=1,79; correlação de Pearson (R)=0,76 Subescala mudanças: PSI=1,64 R=0,71
<b>Escala das Expectativas</b>	Resnick & Simpson (2003)	27 AAD (teste-reteste – 2 semanas)	Grupos contrastantes (expectativas mais positivas das ajudantes de ação direta que desenvolvem o FFC vs as que não desenvolvem) ( $F= 1,3$ ; $p < 0,05$ )	Fiabilidade teste-reteste ( $F=0,76$ , $p=0,39$ )
	Resnick et al. (2004) (estudo piloto)	17 AAD	Grupos contrastantes: aumento das expectativas em relação aos resultados após implementação de programa	<i>Alpha Cronbach</i> = [0,89;0,93]
	Resnick et al. (2008)	386 AAD (8 lares)	AFC (Unifatorial – carga entre 0,59 e 0,74). Análise <i>Rasch</i> ( $\chi^2= 38,6$ , ratio=2,7, NFI=0,97, e RMSEA 0,07). Validade convergente: os resultados relacionaram-se com o desenvolvimento do CCF.	Expectativas: PSI=2,08 R=0,81
<b>Escala do Conhecimento</b>	Resnick & Simpson (2003)	27 AAD (teste-reteste – 2 semanas)	Validade facial (grupos de peritos e ajudantes de ação direta)	Fiabilidade teste-reteste verificada ( $F=2,5$ , $p=0,14$ )





## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra

Foram distribuídos 97 questionários nas ERPI que integram este estudo, tendo retornado 75. Destes, dois foram excluídos com base nos critérios de inclusão (os participantes não trabalhavam na instituição há mais de 6 meses). No final, a amostra do estudo incluiu 73 participantes (taxa de adesão de 77,34%), todos do sexo feminino, com uma média de idade de 46,4 (9,9) anos. Nas Tabelas 2 e 3 é apresentada com detalhe a caracterização da amostra.

A maioria (71,2%) das participantes são casadas. Quanto à escolaridade, 29,2% das participantes concluiu o 2º ciclo do Ensino Básico e 30,6% o 3º ciclo do Ensino Básico. Todas as participantes, com exceção de uma, tinham formação específica na área do cuidado à PI, sendo que, 65,7% das participantes possuía formação específica proporcionada pela instituição. Aproximadamente metade (52,2%) reportou ter um contrato de trabalho a termo certo.

A média de anos de experiência profissional foi 21,1 (11,6) anos. A maioria (67,1%) das participantes não trabalhou sempre com PI. A média do tempo de trabalho com PI foi de 12,7 (8,0) anos, sendo que a média do tempo de trabalho naquela instituição foi de 12,1 (8,4) anos. Mais de 3/4 (79,4%) das participantes não pensou em mudar de emprego no último ano e a maioria (82,9%) não pensou, no último ano, mudar de instituição.

**Tabela 2.** Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais quantitativas

Variáveis quantitativas	n	M (DP)	P <sub>25</sub>	MED	P <sub>75</sub>
Idade (anos)	69	46,4 (9,9)	40,5	47,0	54,0
Experiência profissional (anos)	70	21,1 (11,6)	10,8	20,5	29,0
Tempo de trabalho (anos):					
Com pessoas idosas	69	12,7(8,0)	6,0	10,0	20,0
Na instituição	71	12,1(8,4)	5,0	10,0	20,0

**Legenda:** M(DP): Média(Desvio-Padrão); P<sub>25</sub>: Percentil 25; MED: Mediana; P<sub>75</sub>: Percentil 75

**Tabela 3.** Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais qualitativas (n=73)

<b>Variáveis qualitativas</b>	<b>n(%)</b>
<b>Instituição (n=73)</b>	
A (não respostas=1)	25 (34,2)
B (não respostas=1)	8(11,0)
C (não respostas=4)	18 (24,7)
D (não respostas=10)	16 (21,9)
E (não respostas=6)	6(8,2)
<b>Sexo (n=73)</b>	
Masculino	0(0)
Feminino	73(100)
<b>Estado civil (n=73)</b>	
Solteiro	10(13,7)
Divorciado	4(5,5)
Casado	52(71,2)
Viúvo	5(6,8)
Outro	2(2,7)
<b>Escolaridade (n=72)</b>	
1º ciclo do Ensino Básico	15(20,8)
2º ciclo do Ensino Básico	21(29,2)
3º ciclo do Ensino Básico	22(30,6)
Ensino Secundário	13(17,8)
Licenciatura	1(1,4)
<b>Formação específica (n=70)</b>	
Sem formação específica	1(1,4)
Curso de curta/média duração	6(8,6)
Formação na instituição	46(65,7)
Formação na instituição e curso de curta/média duração	15(21,4)
Outro	2(2,9)
<b>Vínculo profissional (n=67)</b>	
Contrato de trabalho em funções públicas	1(1,5)
Contrato a termo certo	35(52,2)
Contrato a termo incerto	11(16,4)
Contrato sem termo	20(29,9)
<b>Trabalhou sempre com PI? (n=73)</b>	
Sim	24(32,9)
Não	49(67,1)
<b>Pensar mudar de emprego (n=68)</b>	
Sim	14(20,6)
Não	54(79,4)
<b>Pensar mudar de instituição (n=70)</b>	
Sim	12(17,1)
Não	58(82,9)

PI: Pessoa idosa

## 4.2 Análise das escalas dos sentimentos relacionados com o cuidado das pessoas idosas e avaliação do conhecimento

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados para os sentimentos relacionados com o cuidado às pessoas idosas e a autoavaliação do conhecimento. No sentimento de dificuldade, a maioria das participantes assinalou a categoria às vezes (69,1%), seguido da categoria raramente (17,6%). O valor médio foi de 3,1 (0,6) numa escala de 1 a 5. Para o sentimento gratificação a maioria das participantes assinalou a categoria frequente (32,8%), seguida da categoria às vezes (26,9). O valor médio foi 2,3 (1,1) numa escala de 1 a 5. No sentimento sobrecarga física a maioria das participantes assinalou a categoria às vezes (44,3%) sendo de salientar que nenhuma participante assinalou a categoria nunca/quase nunca. O valor médio obtido foi de 2,3 (0,8). Por fim, para o sentimento sobrecarga emocional a categoria maioritariamente assinalada foi às vezes (56,9%) seguida pela categoria frequente (16,9). O valor médio foi de 2,3 (0,7).

Quanto à autoavaliação do conhecimento a maioria das participantes avaliou o seu conhecimento como bom (48,6%). Nenhuma participante avaliou o seu conhecimento como muito fraco. Por fim, quanto à necessidade de mais formação, a maioria (88,4%) considerou necessitar de mais formação sobre o cuidado às PI.

**Tabela 4.** Caracterização da amostra quanto aos sentimentos relacionados com o cuidado às PI e à Autoavaliação do conhecimento

	Padrão de Respostas					Estatística descritiva
	Sempre n (%)	Frequente n (%)	Às Vezes n (%)	Raramente n (%)	Nunca* n (%)	M (DP)
<b>Sentimentos relacionados com o cuidado às PI</b>						
Dificuldade	1(1,5)	7(10,3)	47(69,1)	12(17,6)	1(1,5)	3,1(0,6)
Gratificação	17(25,4)	22(32,8)	18(26,9)	8(11,9)	2(3,0)	2,3(1,1)
Sobrecarga Física	13(18,6)	23(32,9)	31(44,3)	3(4,3)	0 (0,0)	2,3(0,8)
Sobrecarga Emocional	5(7,7)	11(16,9)	37(56,9)	9(13,8)	3(4,6)	2,3(0,7)
<b>Autoavaliação do conhecimento</b>	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Muito fraco	M (DP)
	9(12,5)	35(48,6)	25(34,7)	3(4,2)	0 (0,0)	2,3(0,7)

\*Nunca/quase nunca **Legenda: M(DP):** Média (Desvio-Padrão)

### 4.3 Análise da escala de Autoeficácia

#### 4.3.1 Resultados globais

Na Tabela 5 apresenta-se a média das respostas para cada pergunta da escala da Autoeficácia e os cálculos do score da soma das pontuações e do score médio. Optou-se por utilizar as duas formas de calcular o score pois existem autores que utilizam o score obtido a partir da soma das pontuações assinaladas nos itens (Resnick, Galik, & Enders, 2011) e autores que utilizam o score médio (Resnick & Simpson, 2003; Resnick et al., 2004).

As participantes obtiveram um score médio de 7,8 (1,2) enquanto o valor médio da soma das pontuações foi 77,7 (13,4). O item “Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.” é aquele em que as participantes, em média, pontuaram mais baixo mostrando que sentem menos confiança na realização desta tarefa. Os itens: “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.”, “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.”, “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.” e “Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.” foram aqueles em que as participantes atribuíram uma pontuação mais alta. Este resultado mostra que as participantes sentem mais confiança na realização destas tarefas.

**Tabela 5.** Resultados globais da escala da Autoeficácia

Itens	Teste	
	n	M (DP)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.	71	8,4(1,3)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.	73	8,4(1,5)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.	73	8,4(1,5)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.	70	7,2(2,2)
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.	71	7,1(2,0)
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.	73	8,0(1,7)
Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.	73	7,0(1,8)
Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.	73	7,6(2,1)
Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.	73	8,1(1,7)
Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.	73	8,4(2,0)
<b>Totais</b>		
Score (soma)	73	77,7(13,4)
Score (média)	73	7,8(1,2)

**Legenda:** M(DP): Média (Desvio-Padrão)

#### 4.3.2 Validação e fiabilidade da escala

Na validação da escala foi utilizado uma análise fatorial exploratória (AFE) enquanto a fiabilidade foi avaliada através de um teste-reteste utilizando o coeficiente de correlação intraclass (CCI). Na análise fatorial o método utilizado foi a rotação *Oblimin*. No entanto, para efeitos de robustez dos resultados foi realizada a análise com as rotações *Varimax* e *Quartimax* (**Apêndice I; Apêndice II**). A significância do teste de esfericidade de *Bartlett's* ( $p < 0,01$ ) e o valor de KMO (0,763) indicam que a amostra é adequada para realizar AFE. O número de fatores a reter com base no valor próprio  $\geq 1$  foi de três. O modelo fatorial (saturações (*loadings*) com carga fatorial  $> 0,30$ ) é apresentado na Tabela 6.

A versão portuguesa da escala de Autoeficácia é constituída por 10 itens, com uma variância total de 73,4% e um *Alpha de Cronbach* de 85,2% (Tabela 6). A AFE revelou um modelo com 3 fatores. O primeiro fator foi denominado de competências para incorporar a funcionalidade no cuidado, inclui 4 itens com cargas fatoriais que variam entre 0,66 e 0,93. O segundo fator foi designado por desafios associados ao CCF, inclui 2 itens com as cargas fatoriais a variarem entre 0,89 e 0,92. O terceiro fator denominado competências para desenvolver atividades funcionais específicas, inclui 4 itens com cargas fatoriais que variam entre 0,61 e 0,93. Cada um dos fatores assumiu os seguintes valores para o *Alpha de Cronbach*: 84,2% (Fator 1), 76,8% (Fator 2) e 79,9% (Fator 3).

O modelo fatorial obtido diverge do reportado por Resnick & Galik (2008) que foi constituído por 2 fatores. O *Alpha de Cronbach* para o modelo fatorial obtido na versão original foi de 85,3% para o primeiro fator e 71,8% para o segundo fator. Torna-se importante referir, também, que Resnick & Galik (2008) utilizaram um método de análise diferente do utilizado neste estudo (uma análise de *Rash*).

**Tabela 6.** Análise fatorial exploratória da escala da Autoeficácia (rotação *Oblimin*). O *Alpha de Cronbach* obtido para a amostra foi de 85,2%

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.	0,92		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.	0,93		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.	0,81		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.			0,93
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.			0,89
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.			0,65
Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.			0,61
Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.		0,92	
Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.		0,89	
Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.	0,66		
<b>Resultados Estatísticos</b>			
Valores próprios	4,66	1,65	1,03
% Variância explicada	46,64	16,46	10,31
<i>Alpha de Cronbach</i>	84,2	76,8	79,9

Na Tabela 7 são apresentados os resultados para a fiabilidade teste-reteste. Os valores obtidos para a fiabilidade foram considerados bons, com valores de CCI dos itens que variam entre 0,62 e 0,89. O valor do CCI da escala global para o soma foi alto (0,80) com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,64 e 0,89 (valores considerados aceitáveis a bons). Valores idênticos foram obtidos para o score médio.

Na avaliação da estabilidade temporal, os valores dos scores da escala do teste e do reteste não tem diferenças significativas. Contudo, o item “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.” obteve uma diferença significativa, onde é verificado um aumento da pontuação no reteste. No entanto, não se identifica o motivo para tal diferença. O valor do CCI obtido é alto, o que indica não haver problemas de fiabilidade com este item.

**Tabela 7.** Análise da fiabilidade teste-reteste da escala da Autoeficácia (n=44)

Itens	Teste M (DP)	Reteste M(DP)	Diferença estatística	CCI	
				Coef.	IC <sub>95</sub>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.	8,9(1,0)	8,6(1,1)	t(43)= -0,924; p=0,360	0,73	[0,50;0,85]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.	8,6(1,1)	8,6(1,3)	t(43)= 0,136; p=0,893	0,72	[0,48;0,85]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.	8,8(1,3)	8,8(1,4)	t(43)= 0,000; p=0,999	0,80	[0,62;0,89]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.	7,1(2,0)	7,6(2,0)	t(42)= -2,141; p=0,038	0,80	[0,61;0,89]
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.	7,2(1,8)	7,7(1,9)	t(42)= -1,742; p=0,089	0,71	[0,47;0,84]
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.	8,1(1,6)	8,3(1,6)	t(43)= -1,108; p=0,274	0,72	[0,49;0,85]
Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.	7,1(1,8)	7,3(1,8)	t(42)= -1,167; p=0,250	0,85	[0,76;0,92]
Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.	7,6(2,1)	7,9(2,0)	t(42)= -1,373; p=0,177	0,89	[0,79;0,94]
Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.	8,2(1,5)	8,0(1,9)	t(43)= 1,055; p=0,297	0,84	[0,71;0,91]
Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.	8,8(1,6)	9,0(1,4)	t(43)= -0,637; p=0,527	0,62	[0,30;0,79]
<b>Totais</b>					
Score (soma)	79,4(8,9)	81,2(10,9)	t(43)= -1,468; p=0,149	0,80	[0,64;0,89]
Score (média)	8,0(0,9)	8,2(1,1)	t(43)= -1,452; p=0,154	0,78	[0,60;0,88]

**Legenda:** M(DP): Média (Desvio-Padrão); **Coef.:** Coeficiente; **IC<sub>95</sub>:** Intervalo de Confiança 95%

## **4.4 Análise da escala das Expectativas**

### **4.4.1 Resultados globais**

Para a obtenção do score final da escala das Expectativas a pontuação foi invertida, tal como foi feito pelos autores da escala original (Resnick et al., 2004). Na Tabela 8 é apresentada detalhadamente a média das respostas para cada item da escala das Expectativas e os cálculos do score da soma das pontuações e do score médio. Estas duas formas de calcular o score são reportadas na literatura (Resnick, Galik, & Enders, 2011; Resnick & Simpson, 2003; Resnick et al., 2004). Ainda na Tabela 8 é apresentado o score da soma das pontuações e o score médio da versão inicial da escala, composta apenas por 6 itens (Resnick & Simpson, 2003).

As participantes obtiveram um score final médio de 4,4 (0,9). O score final, médio para a versão inicial de 6 itens foi 4,4 (0,9). O item que “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s caminhem regularmente até à sala de jantar e outras atividades irá ajudá-los a fortalecer os músculos e os ossos e a melhorar as transferências.” foi o item a que as participantes, em média, atribuíram pontuação mais alta, mostrando que concordam fortemente que aquele tipo de atividade é um benefício do CCF. O item ao qual, em média as participantes atribuíram pontuação mais baixa foi: “Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as quedas.”, o que indica que este tipo de atividades são aquelas que as participantes menos concordam que sejam benefícios do CCF.



**Tabela 8.** Resultados globais da escala das Expectativas

Itens	Teste	
	n	M(DP)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de vida diária irá ajudá-los a manter a capacidade de realizar essas atividades.	71	4,5(1,1)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s caminhem regularmente até à sala de jantar e outras atividades irá ajudá-los a fortalecer os músculos e os ossos e a melhorar as transferências.	73	4,6(1,0)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as quedas.	73	4,0(1,2)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as dores nas articulações.	73	4,3(1,0)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a melhorar a sensação geral de bem-estar.	73	4,4(1,0)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados e façam as coisas o mais possível por eles próprios tornará o trabalho mais fácil e compensador.	73	4,4(1,1)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de cuidados irá aumentar a minha satisfação com o trabalho.	73	4,2(1,2)
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir que estou a desenvolver um tipo de cuidado importante para a/s pessoa/s idosa/s.	72	4,4(1,1)
Fazer com que os residentes participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir orgulhoso do trabalho que eu tenho feito.	73	4,3(1,2)
<b>Totais</b>		
Score (soma)	70	39,3(8,4)
Score (média)	70	4,4(0,9)
Score 6 itens (soma)	71	26,2(5,6)
Score 6 itens (média)	71	4,4(0,9)

#### 4.4.2 Validação e fiabilidade da escala

Na validação da escala foi utilizado uma AFE. A fiabilidade foi avaliada através de um teste-reteste utilizando o ICC. O teste de esfericidade ( $p < 0,01$ ) e o teste de KMO, com um valor de 0,895, indicam que a AFE é apropriada considerando o tamanho da amostra. Com base no valor próprio  $\geq 1$  e a rotação *Varimax*, emergiu uma solução de fator único, tal como na versão original (Resnick & Galik, 2008). A carga fatorial dos itens desta escala unidimensional variam entre 0,60 e 0,85. Esta dimensão explica 73,32% da variância total (Tabela 9). A escala das Expectativas obteve um *Alpha de Cronbach* de 95,2%, o que nos

indica uma consistência interna excelente. Torna-se importante referir, também, que Resnick & Galik (2008) utilizaram um método de análise diferente do utilizado neste estudo (uma análise de *Rash*).

**Tabela 9.** Análise fatorial exploratória da escala das Expectativas (rotação *Varimax*). O *Alpha de Cronbach* obtido para a amostra foi de 95,2

<b>Itens</b>	<b>Fator 1</b>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de vida diária irá ajudá-los a manter a capacidade de realizar essas atividades.	0,68
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s caminhem regularmente até à sala de jantar e outras atividades irá ajudá-los a fortalecer os músculos e os ossos e a melhorar as transferências.	0,69
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as quedas.	0,60
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as dores nas articulações.	0,73
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a melhorar a sensação geral de bem-estar.	0,85
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados e façam as coisas o mais possível por eles próprios tornará o trabalho mais fácil e compensador.	0,87
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de cuidados irá aumentar a minha satisfação com o trabalho.	0,70
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir que estou a desenvolver um tipo de cuidado importante para a/s pessoa/s idosa/s.	0,78
Fazer com que os residentes participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir orgulhoso do trabalho que eu tenho feito.	0,70
<b>Resultados Estatísticos</b>	
Valores próprios	6,60
% Variância explicada	73,32%
<i>Alpha de Cronbach</i>	95,2%

Na Tabela 10 e na Tabela 11 são apresentados os resultados para a fiabilidade teste/reteste. Os valores de CCI obtidos para cada item foram considerados excelentes, variando entre 0,80 e 0,97. O valor do CCI da escala global para o score soma foi alto (0,97) com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,94 e 0,98 (valores considerados bons). Foram obtidos valores idênticos para o score médio e para os scores da versão inicial de 6 itens. Por fim, na avaliação da estabilidade temporal, os valores dos scores da escala do teste e do reteste não apresentaram diferenças significativas.

**Tabela 10.** Análise da fiabilidade teste-reteste da escala das Expectativas

Itens	Teste M(DP)	Reteste M(DP)	Diferença Estatística	Resultados estatísticos	
				CCI	IC <sub>95</sub>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de vida diária irá ajudá-los a manter a capacidade de realizar essas atividades.	4,5(1,1)	4,5(1,2)	t(42)= 0,000 ; p=0,999	0,97	[0,95;0,98]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s caminhem regularmente até à sala de jantar e outras atividades irá ajudá-los a fortalecer os músculos e os ossos e a melhorar as transferências.	4,6(1,1)	4,6(1,0)	t(43)= -0,374 ; p=0,710	0,96	[0,93;0,98]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as quedas.	3,9(1,3)	3,9(1,3)	t(43)= 0,000 ; p=0,999	0,83	[0,69;0,91]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as dores nas articulações.	4,2(1,2)	4,2(1,2)	t(43)= 0,167 ; p=0,868	0,83	[0,70;0,91]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a melhorar a sensação geral de bem-estar.	4,4(1,1)	4,5(1,1)	t(43)= -0,404 ; p=0,688	0,86	[0,75;0,93]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados e façam as coisas o mais possível por eles próprios tornará o trabalho mais fácil e compensador.	4,3(1,2)	4,3(1,1)	t(43)= -0,216 ; p= 0,830	0,90	[0,82;0,95]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de cuidados irá aumentar a minha satisfação com o trabalho.	4,2(1,4)	4,3(1,3)	t(42)= -0,961; p= 0,342	0,90	[0,82;0,95]
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir que estou a desenvolver um tipo de cuidado importante para a/s pessoa/s idosa/s.	4,5(1,1)	4,4(1,2)	t(42)= 1,000; p= 0,323	0,96	[0,92;0,98]

**Legenda:** M(DP): Média (Desvio-Padrão); **Coef.:** Coeficiente; **IC<sub>95</sub>:** Intervalo de Confiança 95%

**Tabela 11.** Análise da fiabilidade teste-reteste da escala das Expectativas

Itens	Teste M(DP)	Reteste M(DP)	Diferença Estatística	Resultados estatísticos	
				CCI	IC <sub>95</sub>
Fazer com que os residentes participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir orgulhoso do trabalho que eu tenho feito.	4,3 (1,4)	4,4(1,3)	t(43)= -0,540; p= 0,592	0,80	[0,64;0,89]
<b>Totais</b>					
Score (soma)	39,3(9,2)	39,0 (9,4)	t(40)= 0,682; p=0,499	0,97	[0,94;0,98]
Score (média)	4,4(1,0)	4,3(1,04)	t(40)= 0,682; p= 0,499	0,97	[0,94;0,98]
Score 6 itens (soma)	26,0(6,2)	26,0(6,1)	t(40)= -0,132; p= 0,895	0,92	[0,85;0,96]
Score 6 itens (média)	4,4(1,0)	4,3(1,0)	t(40)=0,570; p=0,572	0,95	[0,91;0,98]

**Legenda:** M(DP): Média (Desvio-Padrão); **Coef.:** Coeficiente; **IC<sub>95</sub>:** Intervalo de Confiança 95%

## 4.5 Análise da escala do Conhecimento

### 4.5.1 Resultados globais

Na Tabela 12 é apresentada a percentagem de acerto a cada questão da escala do Conhecimento. O score da escala de Conhecimento foi obtido somando o número de questões corretas. As participantes acertaram, em média, 6,7 questões em 15 possíveis, sendo a percentagem de acerto de 44,7%. Apenas uma participante obteve uma percentagem de acerto superior a 80%. Por este facto, optou-se por um ponto de corte inferior (de 50%), sendo que, 25 participantes responderam corretamente a mais de 50% das perguntas. A pergunta número 2 (Uma forma de motivar as pessoas idosas a terem um desempenho o mais independente possível é?) apresentou a maior percentagem de acerto (91,8%). Por outro lado, a pergunta 4 (Quando uma tala ou prótese é colocada, a pessoa idosa deve mantê-la?) apresentou menor percentagem de acerto (5,5%).

Por fim, é importante referir que não foi realizado um estudo de validade e fiabilidade desta escala pois não foi encontrado na literatura, referências a estes procedimentos.

**Tabela 12.** Resultados globais da escala do Conhecimento

Ítems	n	% acerto
1. O objetivo do cuidado centrado na funcionalidade é:	73	30,1
2. Uma forma de motivar as pessoas idosas a terem um desempenho o mais independente possível é:	73	91,8
3. Prestar ajuda mínima significa que a pessoa idosa realiza:	73	52,1
4. Quando uma tala ou prótese é colocada, a pessoa idosa deve mantê-la:	73	5,5
5. A melhor forma de cuidar das pessoas idosas que estão em cadeiras ou acamados é:	73	49,3
6. Se uma pessoa idosa consegue deambular mas necessita de supervisão deve:	73	84,9
7. Para encorajar a independência na alimentação, os residentes devem:	73	26,0
8. Para melhorar a continência das pessoas idosas pode-se:	73	15,1
9. Se uma pessoa idosa tiver que usar imobilizações, deve-se:	73	24,7
10. Os cintos de transferência devem ser colocados:	73	45,2
11. O objetivo do posicionamento do corpo é:	73	6,8
12. Exercícios de amplitude de movimentos passivos são feitos:	73	78,1
13. O levantar e a deambulação são importantes para as pessoas idosas de forma a:	73	53,4
14. Para determinar até que ponto as pessoas idosas precisam de ajuda no banho e a vestir-se, o melhor é:	73	68,7
15. Uma das melhores formas de prevenir as quedas é:	73	39,7
<b>Totais</b>	<b>n</b>	<b>M(DP)</b>
Score (soma)	73	6,7(2,15)
<b>Ponto de corte 1</b>		
≥0,8	1	1,4%
<0,8	72	98,6%
<b>Ponto de corte 2</b>		
≥0,5	25	34,2%
<0,5	48	65,8%

**Legenda:** M(DP): Média (Desvio-Padrão)

#### 4.6 Impacto da variável “instituição”

O objetivo desta secção é mostrar que os resultados obtidos nas escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento e os dados das variáveis sociodemográficas e profissionais não dependem do local onde foram recolhidos, diminuindo assim um possível viés associado a esta variável. Para todas as variáveis consideradas com a exceção das variáveis sentimento de dificuldade, sentimento de gratificação e autoavaliação do conhecimento, não foram observadas relações significativas com a variável instituição, como mostram os resultados da Tabela 13 (teste de *Kruskal-Wallis*, para as variáveis quantitativas, e do teste do Qui-Quadrado para as variáveis qualitativas). De salientar, que a variável instituição também não se relaciona com as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento (Tabela 14).

**Tabela 13.** Impacto da variável "instituição" nas variáveis sociodemográficas e profissionais

	Instituição					Resultados estatísticos
	A (n=22) M (DP)	B (n=8) M (DP)	C (n=18) M (DP)	D (n=16) M (DP)	E (n=5) M (DP)	
Variáveis quantitativas						
Idade (anos)	47,9 (9,2)	44,0 (11,0)	44,9 (9,8)	46,8 (11,3)	48,4 (9,0)	$\chi^2(4)=1,58$ p=0,812
Experiência profissional	20,9 (11,4)	19,4 (12,6)	23,4 (11,8)	16,3 (9,9)	28,2 (12,9)	$\chi^2(4)=5,02$ p=0,285
Tempo de trabalho:						
Com a PI	11,9 (7,0)	11,4 (10,6)	14,1 (8,3)	12,2 (8,7)	16,0 (6,0)	$\chi^2(4)=2,95$ p=0,567
Na instituição	10,5 (7,4)	11,5 (10,6)	13,9 (9,0)	11,6 (9,1)	15,5 (5,5)	$\chi^2(4)=3,55$ p=0,470
Variáveis qualitativas						
Estado civil						
Solteiro	2 (20,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	$\chi^2(8)= 4,50^*$ ; p= 0,810
Casados e em União de Facto	19 (35,2)	5 (9,3)	13 (24,1)	12 (22,2)	5 (9,3)	
Divorciados e Viúvos	4 (44,4)	1 (11,1)	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	
Escolaridade						
Saber ler e 1º ciclo	3 (20,0)	2 (13,3)	6 (40,0)	3 (20,0)	1 (6,7)	$\chi^2(12)=13,37^*$ ; p= 0,342
2º ciclo	12 (57,1)	0 (0,0)	4 (19,0)	3 (14,3)	2 (9,5)	
3ºciclo	6 (27,3)	3 (13,6)	6 (27,3)	5 (22,7)	2 (9,1)	
Ensino secundário ou superior	4 (28,6)	3 (21,4)	2 (14,3)	4 (28,6)	1 (7,1)	
Formação específica						
Formação de curta ou media duração						
Sim	6 (28,6)	3 (14,3)	6 (28,6)	3 (14,3)	3 (14,3)	$\chi^2(4)= 3,70^*$ ; p= 0,449
Não	18 (36,7)	5 (10,2)	11 (22,4)	13 (26,5)	2 (4,1)	
Formação na instituição						
Sim	21 (33,3)	7 (11,1)	16 (25,4)	14 (22,2)	5 (7,9)	$\chi^2(4)=1,74^*$ ; p= 0,784
Não	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0,0)	
Necessidade de mais formação sobre cuidado às PI						
Sim	19 (31,1)	8 (13,1)	14 (23,0)	15 (24,6)	5 (8,2)	$\chi^2(4)=5,41^*$ ; p= 0,248
Não	5 (62,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	
Trabalhou sempre com pessoas idosas?						
Sim	8 (33,3)	3 (12,5)	4 (16,7)	8 (33,3)	1 (4,2)	$\chi^2(4)= 3,88^*$ ; p= 0,423
Não	17 (34,7)	5 (10,2)	14 (28,6)	8 (16,3)	5 (10,2)	

\*Teste do qui-quadrado obtido pela razão de verossimilhança

**Tabela 14.** Impacto da variável "instituição" nas escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento e os Sentimentos relacionados com o cuidado às PI

	Instituição					Resultados estatísticos*
	A (n=22) M(DP)	B (n=8) M(DP)	C (n=18) M(DP)	D (n=16) M(DP)	E(n=5) M(DP)	
Escala da Autoeficácia						
Soma	82,9 (11,2)	77,6 (10,7)	77,2 (8,2)	68,7 (19,0)	81,2 (8,9)	$\chi^2(4)=7,94$ p=0,094
Escala das Expectativas						
Soma	39,6 (9,2)	38,5 (11,3)	38,8 (6,6)	40,2 (4,3)	38,5 (14,1)	$\chi^2(4)=3,91$ p=0,418
Escala do Conhecimento						
Soma	7,1 (2,3)	6,6 (0,5)	7,2 (1,8)	5,9 (2,7)	6,0 (2,1)	$\chi^2(4)=3,34$ p=0,502
Sentimentos relacionados com o cuidado às PI						
Dificuldade	3,3 (0,8)	2,8 (0,5)	2,9 (0,7)	2,9 (0,3)	3,2 (0,4)	$\chi^2(4)=10,04$ p=0,040
Gratificação	2,5 (1,1)	3,4 (0,5)	2,1 (0,8)	2,2 (1,3)	1,2 (0,4)	$\chi^2(4)=16,28$ p=0,003
Sobrecarga física	2,5 (0,8)	1,8 (0,7)	2,5 (0,9)	2,2 (0,9)	2,2 (0,4)	$\chi^2(4)=7,00$ p=0,136
Sobrecarga emocional	3,2 (0,9)	2,5 (0,9)	2,9 (0,9)	2,9 (1,0)	2,7 (0,6)	$\chi^2(4)=6,49$ p=0,166
Autoavaliação do Conhecimento	2,2 (0,7)	2,6 (0,7)	2,1 (0,7)	2,8 (0,6)	2,0 (0,6)	$\chi^2(4)=12,48$ p=0,014

\*Teste do qui-quadrado obtido pelo teste de *Kruskal-Wallis* **Legenda: M(DP):** Média (Desvio-Padrão)

## 4.7 Estudo das escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento

### 4.7.1 Correlação entre as escalas e variáveis quantitativas

Na Tabela 15 é apresentada a correlação entre as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento e entre estas e os sentimentos relacionados com o cuidado às PI. Os resultados mostram que a correlação entre as escalas consideradas foi fraca, tendo sido apenas observada uma correlação significativa entre a escala das Expectativas e a escala da Autoeficácia. O valor obtido indica que um aumento na escala da Autoeficácia conduzirá a um aumento na escala das Expectativas. Foi também avaliada a correlação

com os valores médios dos scores das escalas (valores não apresentados) sendo os resultados semelhantes aos anteriores.

A correlação entre as escalas principais e as variáveis sentimentos em relação ao cuidado às PI, sociodemográficas e profissionais foram também avaliadas. Os resultados obtidos mostram que não existe relação entre estas variáveis (Tabela 15) sendo que apenas a idade apresenta uma correlação significativa e positiva com a Escala da Autoeficácia e a variável da autoavaliação do conhecimento apresenta uma correlação significativa e negativa com a Escala do Conhecimento.

**Tabela 15.** Correlação entre as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento, entre estas e os Sentimentos relacionados com o cuidado às PI e entre estas e as variáveis sociodemográficas e profissionais quantitativas

	<b>Escala da Autoeficácia</b>	<b>Escala das Expectativas</b>	<b>Escala do Conhecimento</b>
Escala da Autoeficácia	1	0,243*	0,101
Escala das Expectativas		1	-0,152
Escala do Conhecimento			1
<b>Sentimentos relacionados com o cuidado às PI</b>			
Dificuldade	0,074	-0,032	0,190
Gratificação	-0,040	-0,073	-0,146
Sobrecarga física	0,097	-0,025	0,122
Sobrecarga emocional	0,134	-0,151	-0,081
<b>Variáveis quantitativas</b>			
Idade (anos)	0,241*	0,115	-0,224
Experiência de trabalho (anos)	0,139	0,212	-0,001
<b>Tempo de trabalho:</b>			
Com PI	0,104	0,118	-0,201
Na instituição	0,032	0,206	-0,173
Autoavaliação do Conhecimento	-0,230	0,137	-0,243*

Os scores utilizados nas escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento correspondem aos scores das somas

\*p<0,05

#### 4.7.2 Comparação entre grupos para as variáveis qualitativas

Foi realizada a comparação entre os grupos formados pelas diferentes variáveis sociodemográficas qualitativas. Na Tabela 16 são apresentados os resultados para estas comparações.

A escala da Autoeficácia obteve apenas uma relação significativa com a variável “escolaridade”. Para esta variável ao analisar os resultados obtidos pelos diferentes grupos



podemos observar que os grupos de níveis de escolaridade mais baixos (saber ler e 1º ciclo e 2º ciclo) obtiveram scores mais elevados na escala da Autoeficácia em relação aos grupos de níveis de escolaridade mais altos (3º ciclo e ensino secundário ou superior).

Para a escala das Expectativas, apenas para a variável “pensar mudar de instituição” foi obtida uma relação significativa. Para esta variável o grupo que pensou no último ano mudar de instituição obteve um score mais baixo que o grupo que não pensou no último ano mudar de instituição.

Para a escala de Conhecimento, também apenas a variável “trabalhou sempre com PI” foi significativa. Podemos observar que o grupo que não trabalhou sempre com PI tem uma média de respostas corretas mais alta do que o grupo que sempre trabalhou com PI.

#### **4.7.3 Modelos de previsão**

Ao analisar as correlações entre as escalas das Expectativas, Autoeficácia e Conhecimento e entre estas escalas e os sentimentos em relação ao cuidado às PI e as variáveis qualitativas foram obtidas correlações muito baixas e não significativas. Apenas se observaram correlações significativas entre a escala das Expectativas e a escala da Autoeficácia, entre a escala da Autoeficácia e a variável “idade” e entre a escala do Conhecimento e a variável “autoavaliação do conhecimento”.

Quanto às variáveis qualitativas apenas a variável “escolaridade”, a variável “trabalhou sempre com PI” e a variável “mudar de instituição” apresentaram diferenças entre os grupos.

Desta forma, não foi possível estabelecer modelos de previsão que tivessem como variável dependente as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento, e como variáveis independentes as variáveis apresentadas nas duas secções anteriores.

**Tabela 16.** Comparação entre grupos das variáveis qualitativas e as escalas da Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento

	<b>Escala da Autoeficácia M (DP)</b>	<b>Escala das Expectativas M (DP)</b>	<b>Escala do Conhecimento M (DP)</b>
<b>Variáveis qualitativas</b>			
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	69,8 (13,8)	35,0 (10,1)	7,1 (1,9)
Casados e União de Facto	78,1 (13,4)	39,9 (7,5)	6,6 (2,2)
Divorciados e Viúvos	84 (8,9)	40,1 (11,5)	6,8 (2,0)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(2)=5,270$ ; p=0,072	$\chi^2(2)=5,586$ ; p=0,061	$\chi^2(2)=0,313$ ; p=0,855
<b>Escolaridade</b>			
Saber ler e 1º ciclo	80,3 (14,5)	41,0 (4,9)	5,5 (2,4)
2º ciclo	81,9 (9,4)	40,7 (8,4)	7,3 (1,5)
3ºciclo	75,7 (13,3)	38,2 (9,9)	6,8 (2,0)
Ensino secundário/superior	70,3 (14,5)	36,9 (8,5)	7,4 (2,0)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(3)=8,289$ ; p=0,040	$\chi^2(3)=5,708$ ; p=0,166	$\chi^2(3)=6,818$ ; p=0,078
<b>Formação específica</b>			
<b>Formação de curta ou media duração</b>			
Sim	78,7 (14,7)	40,5 (8,1)	6,6 (2,1)
Não	76,5 (12,8)	38,6 (8,8)	6,8 (2,1)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=0,622$ ; p=0,430	$\chi^2(1)=1,044$ ; p=0,307	$\chi^2(1)=0,015$ ; p=0,902
<b>Formação na instituição</b>			
Sim	77,7 (12,5)	39,1 (8,9)	6,8 (2,1)
Não	72,6 (19,8)	40,0 (5,3)	6,0 (1,8)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=0,345$ ; p=0,557	$\chi^2(1)=0,163$ ; p=0,687	$\chi^2(1)=0,888$ ; p=0,346
<b>Contrato Individual</b>			
A termo certo	76,8 (13,8)	40,2 (6,5)	7,1 (1,8)
A termo incerto	76,1 (16,1)	39,5 (10,7)	5,3 (2,8)
Sem termo	80,4 (11,3)	37,9 (11,0)	6,8 (2,2)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(2)=0,753$ ; p=0,686	$\chi^2(2)=0,458$ ; p=0,795	$\chi^2(2)=2,995$ ; p=0,224
<b>Trabalhou sempre com PI?</b>			
Sim	78,8 (16,1)	39,4 (7,9)	5,6 (2,2)
Não	77,1 (12,0)	39,3 (8,8)	7,2 (1,9)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=1,779$ ; p=0,182	$\chi^2(1)=0,116$ ; p=0,733	$\chi^2(1)=7,483$ ; p=0,006
<b>Pensar mudar de emprego</b>			
Sim	73,6 (14,0)	38,5 (9,1)	6,8 (1,6)
Não	78,8 (13,7)	39,6 (8,6)	6,6 (2,3)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=2,145$ ; p=0,143	$\chi^2(1)=0,224$ ; p=0,636	$\chi^2(1)=0,040$ ; p=0,842
<b>Pensar mudar de instituição</b>			
Sim	73,8 (13,7)	36,1 (8,4)	7,6 (1,8)
Não	78,0 (13,3)	39,7 (8,5)	6,6 (2,2)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=1,518$ ; p=0,218	$\chi^2(1)=6,192$ ; p=0,013	$\chi^2(1)=3,411$ ; p=0,065
<b>Necessidade de mais formação sobre cuidado às PI</b>			
Sim	76,9 (14,2)	39,0 (8,6)	6,7 (2,2)
Não	83,3 (6,9)	42,7 (3,9)	6,3 (2,3)
Resultados estatísticos*	$\chi^2(1)=1,442$ ; p=0,230	$\chi^2(1)=1,911$ ; p=0,167	$\chi^2(1)=0,405$ ; p=0,525

\*Teste do qui-quadrado obtido pelo teste de *Kruskal-Wallis*; **Legenda: M(DP):** Média (Desvio-Padrão)

#### **4.8 Comparação entre os grupos com conhecimento em CCF e sem conhecimento CCF**

Por fim, foi feita a comparação entre o grupo com conhecimento em CCF e o grupo sem conhecimento em CCF. Estes grupos foram formados com base na escala do Conhecimento correspondendo ao grupo com conhecimento em CCF as participantes que obtiveram 50% ou mais de respostas corretas e ao grupo sem conhecimento em CCF as que obtiveram menos de 50% de respostas corretas. Não foi utilizado o ponto de corte de 80% de respostas corretas como sugerido na literatura (Resnick & Simpson, 2003) pois apenas uma participante deste estudo obteve um score superior a 80% de respostas corretas, não sendo possível realizar a análise. Apenas a variável “autoavaliação do conhecimento” se relaciona com os resultados obtidos na escala do Conhecimento, como já se tinha verificado anteriormente. Todos os outros resultados foram não significativos e portanto não houve diferenças entre os grupos considerados (**Apêndice III; Apêndice IV**).



## **5. DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

### **5.1 Discussão**

A discussão, que a seguir se apresenta conjuga os principais resultados, desde a caracterização da amostra, validação e fiabilidade das escalas utilizadas e possíveis implicações dos mesmos.

A amostra portuguesa foi constituída apenas por participantes do sexo feminino o que também acontece nos estudos realizados por Resnick & Simpson (2003) e Resnick et al. (2004) que têm, também, como foco promover as atividades de CCF em ERPI. Estudos realizados com AAD em Portugal expõe o predomínio de colaboradores do sexo feminino a desempenhar funções de AAD (Carvalho & Martins, 2016; Pereira & Marques, 2014). A média de idades das participantes foi de 46,9 anos, próxima do reportado por Resnick & Simpson (2003) (45,2 anos) e Resnick et al. (2004) (47,3 anos). O grau de escolaridade predominante entre as participantes deste estudo é o 3º ciclo do ensino básico, o que vai ao encontro do presente em estudos portugueses com AAD (Pereira & Marques, 2014). Todas as participantes do estudo, à exceção de uma, referiram ter formação específica no cuidado à PI, sendo que 65,7% a formação foi proporcionada pela instituição, dados superiores aos obtidos por Pereira & Marques (2014). Por fim, importa salientar que a média de anos de trabalho com PI das participantes deste estudo (12,7 anos) se encontra próxima da dos participantes de outros estudos sobre CCF (Resnick & Simpson, 2003; Resnick et al., 2008).

Quanto aos sentimentos relacionados com o cuidado às PI a maioria das participantes manifestou sentir, às vezes, dificuldade na prestação de cuidados às PI, sentimento também experienciado pelas participantes do estudo de Pereira & Marques (2014). A maioria das participantes deste estudo referem sentir, às vezes, sobrecarga física e sobrecarga emocional. Dados semelhantes são reportados por Pereira & Marques (2014), em que as AAD expressaram sentir cansaço físico e emocional após a prestação de cuidados a PI. As AAD desempenham um papel importante na manutenção do bem-estar das PI institucionalizadas (Ejaz et al., 2008). Contudo, estão sujeitas a condições de trabalho stressantes que podem contribuir para situações de sobrecarga e diminuição da eficácia da prestação de cuidados (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

Na escala da Autoeficácia foi obtido um score médio de 7,8(1,2). Este resultado encontra-se próximo do obtido por Resnick et al. (2004), na situação pré-intervenção. Quanto à validação desta escala para a população portuguesa foi obtido um *Alpha de Cronbach* de 85,2% o que indica uma consistência interna boa. Da análise fatorial exploratória emergiram três fatores: competências para incorporar a funcionalidade no cuidado, desafios associados ao CCF e competências para desenvolver atividades funcionais específicas. Este resultado diverge do obtido por Resnick & Galik (2008). Resnick & Galik (2008), na análise fatorial que realizaram encontraram dois fatores: competências e mudanças. Importa referir que as cargas fatoriais dos fatores obtidos por Resnick & Galik (2008) para o fator competências variaram entre 0,72 e 0,91 e para o fator mudanças variaram entre 0,62 e 0,86. Neste estudo, apesar das diferenças nos fatores que surgiram, as cargas fatoriais associadas a cada item do fator competências para incorporar a funcionalidade no cuidado variaram entre 0,66 e 0,93, do fator desafios associados ao CCF variaram entre 0,89 e 0,92 e do fator competências para desenvolver atividades funcionais específicas variaram entre 0,61 e 0,93. O *Alpha de Cronbach* para cada um dos fatores foi bom. A autoeficácia e a sua perceção resultam de um processo cognitivo que envolve a experiência passada e o contexto social (Júnior & Winterstein, 2010). Deste modo, o juízo que as AAD portuguesas constroem em relação à sua potencialidade para realizar o CCF diverge das AAD dos estudos originais. Importa referir, que a formação, a cultura organizacional das instituições, as competências e responsabilidade profissional das AAD americanas diverge da realidade portuguesa, pelo que, os processos cognitivos para a formação da crença de autoeficácia podem refletir as diferenças nos resultados obtidos.

Quanto à fiabilidade teste-reteste, esta escala apresentou um CCI de 0,80, considerado bom. Em estudos anteriores (Resnick & Simpson, 2003; Resnick et al., 2004), são mencionados valores de *Alpha de Cronbach* na mesma ordem de grandeza que o valor do CCI, variando estes entre 0,81 e 0,91. Este resultado indica que este instrumento possuiu uma boa fiabilidade temporal.

Para a escala das Expectativas obteve-se um score final médio de 4,4 (0,9) sendo este próximo do obtido por Resnick & Simpson, (2003), na situação de pré-intervenção. No processo de validação esta escala apresentou um *Alpha de Cronbach* de 95,2% o que indica uma consistência interna muito boa. Na análise fatorial exploratória surgiu apenas um fator, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Resnick et al. (2008). No estudo

de Resnick & Galik (2008), os itens obtiveram uma carga fatorial que variou entre 0,59 e 0,74 enquanto neste estudo a carga fatorial dos itens foi superior, variando entre 0,60 e 0,85.

Quanto à fiabilidade teste-reteste, a escala das Expectativas apresentou um CCI de 0,97, sendo este valor considerado excelente. Os valores apresentados por Resnick et al., (2004) estão na mesma ordem de grandeza variando entre [0,89;0,93].

Quanto à escala do Conhecimento, numa situação de pré-intervenção, em média, as participantes acertaram 6,7 questões em 15 possíveis, sendo a percentagem de acerto de 44,7%. A percentagem de acerto observada neste estudo foi mais baixa que a observada por Resnick et al. (2004), Resnick & Galik (2008) e Resnick, Galik, & Enders (2011), que foram de 66,0%, 55,0% e 51,9%, respetivamente.

A literatura sugere um ponto de corte para esta escala de 80% de questões corretas para a comparação de grupos com conhecimento em CCF e sem conhecimento em CCF (Resnick & Simpson, 2003). No entanto, como apenas uma participante obteve esta pontuação o ponto de corte utilizado foi de 50% de questões corretas. Na comparação destes dois grupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis consideradas. Estes resultados podem dever-se ao nível de formação das AAD portuguesas que é consideravelmente mais baixo em comparação com as AAD norte-americanas. Enquanto as AAD norte-americanas possuem formação ao nível do ensino superior, em Portugal estas apenas possuem formação correspondente ao 3º ciclo do ensino básico.

À semelhança de Resnick & Galik (2008), em que a percentagem de acerto às questões da escala de Conhecimento foi baixa (55,0%) e que se acreditou que os resultados da escala da Autoeficácia foram inflacionados, também neste estudo foram observados resultados semelhantes. Esta evidência poderá indicar que os resultados obtidos não estão associados com o desempenho real de atividades de CCF, mas serem devidos ao facto de as AAD acreditarem que desempenham este tipo de atividades embora na realidade não entendam em que consiste o CCF (Resnick & Galik, 2008). Ainda neste estudo foi observada uma correlação negativa entre a escala do Conhecimento e a variável “autoavaliação do conhecimento”, indicando que as participantes não conseguem avaliar com precisão os seus conhecimentos. Para além disto, a autoavaliação do conhecimento pelas AAD pode não refletir a prática baseada na evidência. Isto poderá ter implicações na

implementação de abordagens de CCF (Resnick & Galik, 2008). Para além disto, esta correlação negativa mostra que existe a necessidade de desenvolver programas de formação para, assim, contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, como sugerido por Pereira & Marques (2014) e Resnick & Galik (2008).

Devido aos valores baixos da correlação entre a escala do Conhecimento e as escalas da Autoeficácia e das Expectativas não foi possível elaborar um modelo de previsão numa situação de pré-intervenção. A abordagem do CCF baseia-se na Teoria Social Cognitiva de Bandura (Resnick et al., 2012). Esta teoria sugere-nos que quanto maior for a autoeficácia e as expectativas maior será a probabilidade de o indivíduo realizar uma determinada atividade (Resnick et al., 2012). Baseados nesta teoria, Resnick & Simpson (2003) avançaram que indivíduos com maior pontuação na escala da Autoeficácia e na escala das Expectativas teriam maior probabilidade de ter melhor pontuação na escala do Conhecimento. Contudo Resnick & Simpson (2003) não conseguiram verificar esta relação. Também no presente estudo esta relação não se verificou, tendo-se, apenas, verificado uma baixa correlação entre a escala da Autoeficácia e das Expectativas.

Neste estudo, foi ainda, verificada uma relação significativa entre a escala da Autoeficácia e a variável “escolaridade” em que grupos de níveis de escolaridade mais baixos obtiveram scores mais elevados que os grupos de escolaridade mais altos. Pode encontrar-se uma possível explicação para esta relação à luz da Teoria Social e Cognitiva de Bandura, em que o CCF se baseia (Resnick et al., 2012). Segundo esta teoria a autoeficácia é fundamental para perceber a influência de determinados fatores, como a persistência perante estímulos adversos e falhas, nas ações a desenvolver (Júnior & Winterstein, 2010). Neste sentido, a relação encontrada entre a escala de Autoeficácia e a escolaridade, à partida contraditória, pode ser explicada pelo facto de quanto maior a autoeficácia percebida, maior será o esforço e a persistência para realizar determinada tarefa (Júnior & Winterstein, 2010). Ou seja, apesar da baixa escolaridade, a crença na capacidade para realizar as tarefas, a autoeficácia, assentará no esforço e na persistência para colmatar os efeitos negativos deste baixo nível de escolaridade. Por outro lado, as fontes de autoeficácia decorrem das experiências diretas, das experiências vicariantes, da persuasão verbal e de indicadores fisiológicos (ex. stress, ansiedade) (Júnior & Winterstein, 2010). Deste modo, as AAD com baixa escolaridade podem ser mais influenciadas por estas fontes de autoeficácia (decorrentes da prática diária e da sua



experiência profissional) do que as AAD com mais escolaridade. Futuros estudos devem procurar analisar como estas fontes operam na elaboração de crenças de autoeficácia pelas AAD.

Foi verificada também, uma relação significativa entre a escala das Expectativas e a variável “pensar mudar de instituição”, sendo que o grupo que pensou mudar de instituição obteve um score mais baixo que o grupo que não pensou em mudar de instituição. A insatisfação com o ambiente e políticas institucionais pode refletir-se nos fatores intrapessoais, nomeadamente, nas expectativas. Este dado reforça a importância da utilização do modelo ecológico e social para compreender de forma abrangente as relações entre estes fatores no CCF (Resnick et al., 2012). Deste modo, identificar os motivos que levam as AAD a pensar mudar de instituição irá permitir uma melhor compreensão desta possível relação.

Para além das duas relações anteriores, foi verificada uma relação significativa entre a escala do Conhecimento e a variável “trabalhou sempre com PI”, em que o grupo que não trabalhou sempre com PI obteve uma média de respostas corretas mais alta que o grupo que sempre trabalhou com PI. Uma possível explicação para esta relação pode estar associada ao facto das AAD que começaram a trabalhar com PI posteriormente poderem ter sido expostas a formação profissional que as capacitou para trabalhar em ERPI. A interpretação destes resultados e destas relações sugere contradições no que seria esperado obter, assim em trabalhos futuros será necessário realizar uma análise mais aprofundada da influência das variáveis estudadas.

Por fim, importa salientar que a variável “instituição” apenas apresentou uma relação significativa com os sentimentos de “dificuldade” e “gratificação” e com a “autoavaliação do conhecimento”. Nas restantes variáveis consideradas, não houveram resultados significativos, incluindo para as variáveis sociodemográficas e principalmente para as escalas de Autoeficácia, Expectativas e Conhecimento. Desta forma, é possível afirmar que os resultados obtidos no estudo não dependeram do local onde foram recolhidos os dados e que as relações significativas encontradas podem dever-se à cultura organizacional e oportunidades formativas existentes nas instituições. Estudos futuros devem procurar explorar as características das ERPI em que as AAD sentem menos dificuldade e mais gratificação no cuidado às PI.

## **5.2 Conclusões, limitações e perspectivas de futuro**

Ao longo deste estudo procurou-se analisar a perceção dos AAD portuguesas acerca do CCF através da escala da Autoeficácia, das Expectativas e do Conhecimento. Procurou-se, também, testar a validade e a fiabilidade destas escalas para a população portuguesa, desenvolver modelos de previsão, analisar o nível de conhecimento dos AAD sobre o cuidado às PI e a necessidade de haver mais formação sobre CCF.

Assim, verificou-se que as escalas da Autoeficácia, das Expectativas e do Conhecimento demonstraram boas características psicométricas de validade e fiabilidade. Atendendo aos resultados obtidos pode-se concluir que estas escalas se adequam à população portuguesa de AAD. Os locais onde foram recolhidos os questionários mostraram não ter um impacto significativo nestas escalas, indicando uma forte homogeneidade na amostra recolhida.

Com base nos resultados obtidos, não foi possível desenvolver modelos de previsão que relacionassem estas escalas numa situação de pré-intervenção. O modelo teórico que sugere que quanto maior for a autoeficácia e as expectativas maior será a probabilidade de o indivíduo realizar uma determinada atividade não pode ser confirmado. Também foram obtidos valores de correlação baixos entre as escalas estudadas e os sentimentos relacionados com o cuidado às PI (dificuldade, gratificação, sobrecarga física e sobrecarga emocional) ou com as variáveis sociodemográficas e profissionais, indicando uma fraca dependência entre as variáveis.

Os resultados obtidos para as escalas de Autoeficácia e Expectativas estão próximos dos resultados apresentados na literatura. No entanto, os resultados para a escala do Conhecimento são inferiores ao que vem reportado. De salientar, que as AAD autoavaliaram o seu conhecimento acerca do cuidado às PI como bom, contudo esta avaliação não se reflete nos resultados obtidos na escala do Conhecimento. Considera-se, assim, que existe um desfasamento na avaliação que as AAD fazem do seu conhecimento acerca do cuidado às PI. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de ações de formação que permitam melhorar os conhecimentos no cuidado às PI.

Com base nos resultados obtidos na escala de Conhecimento, conclui-se que as AAD não têm uma perceção correta sobre o CCF. Este estudo demonstrou que as AAD não entendem quais as metodologias que compõe a abordagem do CCF. Assim, surge a

necessidade de desenvolver ações de formação que deem a conhecer a estas profissionais a abordagem do CCF.

As principais limitações deste estudo prendem-se com o facto de a amostra ser não probabilística de conveniência, comprometendo a generalização dos resultados à população portuguesa de AAD. Outra limitação foi a utilização de métodos de análise estatística diferentes dos utilizados na literatura na validação das escalas, dificultando assim a comparação de resultados. Por último, o facto de não ter existido uma intervenção para avaliar o desenvolvimento/implementação de um programa de CCF, como acontece na maioria da literatura, limitou também, a análise e interpretação dos resultados obtidos.

Num trabalho futuro seria útil voltar a realizar o estudo da validade e fiabilidade das escalas da Autoeficácia, das Expectativas e do Conhecimento, com a metodologia utilizada por Resnick & Simpson (2003) e Resnick & Galik (2008). O alargamento do estudo a outras instituições com características diferentes (exemplo: outras regiões) e com uma dimensão amostral superior permitiria uma mais fácil extrapolação dos resultados. Seria, ainda, relevante analisar a relação entre os scores das escalas da Autoeficácia, das Expectativas e do Conhecimento e a prática do CCF através da *Nursing Assistants Care Behavior Checklist*, desenvolvida por Resnick & Simpson (2003), para compreender se os resultados obtidos encontram eco no desenvolvimento do cuidado às PI.

Sugere-se, ainda, como trabalhos futuros o desenvolvimento/implementação de uma intervenção que consista na aplicação de um programa de CCF nestas instituições, para analisar o impacto desta estratégia nas AAD. Por fim, sugere-se que seja estudado o efeito da abordagem de CCF na população idosa portuguesa institucionalizada.



## BIBLIOGRAFIA

- Aires, M., Paz, A. A., & Perosa, C. T. (2006). O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(2). <http://doi.org/10.5335/rbceh.2012.79>
- Aires, M., Paz, A. A., & Perosa, C. T. (2010, January 8). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239>
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Alves, L. C., Leite, I. da C., & Machado, C. J. (2010). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 468–478. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>
- Amorim, F. S., & Dantas, E. H. M. (2002). Efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos. *Fitness & Performance Journal*. Retrieved from [http://www.fpjjournal.org.br/painel/arquivos/2276-5\\_Autonomia\\_Rev3\\_2002\\_Portugues.pdf](http://www.fpjjournal.org.br/painel/arquivos/2276-5_Autonomia_Rev3_2002_Portugues.pdf)
- Ang, Y., Au, S., Yap, L., & Ee, C. (2006). Functional decline of the elderly in a nursing home. *Singapore Medical Journal*. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Philip\\_Yap/publication/7258643\\_Functional\\_decline\\_of\\_the\\_elderly\\_in\\_a\\_nursing\\_home/links/54a3da380cf267bdb9049328.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Philip_Yap/publication/7258643_Functional_decline_of_the_elderly_in_a_nursing_home/links/54a3da380cf267bdb9049328.pdf)
- Araújo, M. O. P. H. de, & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(3), 378–385. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300006>
- Boletim do Trabalho e Emprego, n.o 15 (2011). Retrieved from <http://bte.gep.msess.gov.pt/>
- Borges, M., & Moreira, A. (2009). Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos. *Motriz*, 15.
- Bucur, V. M., Bucur, E., & Runcan, P.-L. (2013). Institutionalisation of the Elderly Person – Between Adaptation and Survival. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 944–948. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.679>
- Burket, T. L., Hippensteel, D., Penrod, J., & Resnick, B. (2013). Pilot testing of the function focused care intervention on an acute care trauma unit. *Geriatric Nursing*, 34(3), 241–246. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.001>
- Carmen, S. M. (2013). Importance of Counselling for Elderly Before Institutionalization. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1630–1633. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.004>
- Carvalho, M. S., & Martins, J. C. A. (2016). Experiências e Sentimentos dos Ajudantes de Ação Direta no cuidado ao Idoso em Situação Terminal. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação E Intervenção Em Gerontologia Social*, 2(1).

- Chou, R. J.-A., & Robert, S. A. (2008). Workplace Support, Role Overload, and Job Satisfaction of Direct Care Workers in Assisted Living. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(2), 208–222. <http://doi.org/10.1177/002214650804900207>
- Dantas, C. M. de H. L., Bello, F. A., Barreto, K. L., & Lima, L. S. (2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência/Functional ability of elderly with chronic diseases living in. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 914–920. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/7488bc202438e63eb4a47f9281306fee/1?pq-origsite=gscholar>
- Davies, S., Ellis, L., & Laker, S. (2000). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 127–136. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00348.x>
- Del Duca, G. F., Silva, M. C. da, & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 796–805. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>
- DGS, D. G. da S. (2008). *Envelhecimento Saudável*.
- Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L., & Bagaka's, J. G. (2008). The Impact of Stress and Support on Direct Care Workers' Job Satisfaction. *The Gerontologist*, 48(suppl 1), 60–70. [http://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement\\_1.60](http://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.60)
- Fiedler, M., & Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional Functional status and associated factors among the. *Cadernos Saude Publica*.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Denardin-Budó, M. de L., & Mattioni, F. C. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, 31(3), 467–474. <http://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300009>
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Psychologica*, (50), 373–388.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundación SAR. (2002). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona: Herder.
- Garcia, I. E. (2013). *Stress ocupacional, avaliação cognitiva, burnout e saúde mental em cuidadores formais nos lares de idosos dos Açores*. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/26989>
- Gonçalves, L. H. T., Silva, A. H. da, Mazo, G. Z., Benedetti, T. R. B., Santos, S. M. A. dos, Marques, S., ... Rezende, T. de L. (2010). Institutionalized elderly: functional capacity and physical fitness. *Cad. Saúde Pública*, 27(11), 2276. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100021)
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1065–74. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.025>

Guimarães, L., & Galdino, D. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *REVISTA NEUROCIÊNCIAS*, 12.

Helvik, A.-S., Engedal, K., Benth, J. S., & Selbæk, G. (2014). A 52 month follow-up of functional decline in nursing home residents - degree of dementia contributes. *BMC Geriatrics*, 14(1), 45. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-14-45>

Júnior, R. C. F., & Tavares, M. de F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147–158. <http://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100012>

Júnior, R. V., & Winterstein, P. J. (2010). Ensaio sobre a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. Parte I: conceito de auto-eficácia e agência humana, como referenciais para a área da Educação Física e Esportes. *EFDEportes Revista Digital*.

Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon, D., Angelelli, J., Vasey, J., & Anderson-Knott, M. (2008). What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *The Gerontologist*, 48. Retrieved from [http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/suppl\\_1/17.short](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/suppl_1/17.short)

Maciel, Á. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(2), 178–189. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200006)

Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz. Revista de Educação Física. UNESP*, 16(4), 1024–1032. <http://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>

Marques, C. I. F. (2013, April 30). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em lares residenciais para idosos no distrito de Viseu*. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13585>

Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E. T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 14(4), 322–329. <http://doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>

OMS, O. M. de la S. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*.

Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. da, & Vianna, L. A. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101–107. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100016>

Pedrazzi, E. C., Rodrigues, R. A. P., & Schiaveto, F. V. (2007). Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciência, cuidado e saúde*, 6(4), 407–413. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=526073&indexSearch=ID>

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (1st ed.). Viseu: PsicoSoma.

Pereira, I. C., Abreu, F. M. C., Vitoreti, A. V. C., & Líbero, G. A. (2003). Perfil da autonomia funcional em idosos institucionalizados na cidade de Barbacena. *Fitness & Performance Journal*. Retrieved from <http://fpjournal.org.br/painel/arquivos/1744->

Pereira, S. A. dos S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*. Retrieved from [http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta\\_6871\\_6791004\\_64131.pdf](http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta_6871_6791004_64131.pdf)

Pretzer-Aboff, I., Galik, E., & Resnick, B. (2011). Feasibility and impact of a function focused care intervention for Parkinson's disease in the community. *Nursing Research*.

Resnick, B. (1998). Functional Performance of Older Adults in a Long-Term Care Setting. *Clinical Nursing Research, 7*(3), 230–246. <http://doi.org/10.1177/105477389800700302>

Resnick, B., Boltz, M., Galik, E., & Pretzer-Aboff, I. (2012). *Restorative Care Nursing for Older Adults*. (A. Graubard & L. Claire, Eds.) (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

Resnick, B., & Galik, E. (2008). Testing the Reliability and Validity of Self-Efficacy and Outcome Expectations of Restorative Care Performed by Nursing Assistants. *Journal of Nursing Care Quality*.

Resnick, B., Galik, E., & Enders, H. (2011). Pilot testing of function-focused care for acute care intervention. *Journal of Nursing Care Quality*.

Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A. L., & Zimmerman, S. (2009). Implementing a restorative care philosophy of care in assisted living: pilot testing of Res-Care-AL. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(2), 123–33. <http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00394.x>

Resnick, B., Galik, E., Gruber-Baldini, A., & Zimmerman, S. (2011). Testing the Effect of Function-Focused Care in Assisted Living. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(12), 2233–2240. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03699.x>

Resnick, B., Petzer-Aboff, I., Galik, E., Russ, K., Cayo, J., Simpson, M., & Zimmerman, S. (2008). Barriers and Benefits to Implementing a Restorative Care Intervention in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association, 9*(2), 102–108. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.08.011>

Resnick, B., & Simpson, M. (2003). Restorative care nursing activities: pilot testing self-efficacy and outcome expectation measures. *Geriatric Nursing, 24*(2), 82–89. <http://doi.org/10.1067/mgn.2003.26>

Resnick, B., Simpson, M., Bercovitz, A., Galik, E., Gruber-Baldini, A., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2004). Testing of the Res-Care Pilot Intervention: impact on nursing assistants. *Geriatric Nursing, 25*(5), 292–297. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2004.08.002>

Resnick, B., Simpson, M., Bercovitz, A., Galik, E., Gruber-Baldini, A., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2006). Pilot testing of the restorative care intervention: Impact on residents. *Journal of Gerontological Nursing*.

Rosa, T. E. da C., Benício, M. H. D., Latorre, M. do R. D. de O., & Ramos, L. R. (2003).



- Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40–48. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>
- Rosen, A., Berlowitz, R. B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Kazis, L. E., & Moskowitz, M. A. (1999). Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care*, 11. Retrieved from <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/11/1/37.full.pdf>
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109–113. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 168. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0355-9>
- Schneider, R., Marcolin, D., & Dalacorte, R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*. Retrieved from <http://www.ufrgs.br/gpat/wp-content/uploads/2013/03/13-Avalia%C3%A7%C3%A3o-funcional-de-idosos.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Pessoas Idosas com Dependência Física e Mental*. (L. Editores, Ed.). Lisboa.
- Sousa, A., Martins, C., Silva, J., & Santos, S. (2014). CUIDADO RESTAURATIVO: UMA NOVA FILOSOFIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS. *Journal of Aging & Innovation*, 36–49.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48(4), 445–469. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0)
- Tavares, J. P. de A. (2014). *Avaliação do perfil de cuidados de enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal*.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94–104. <http://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>



## APÊNDICES

**Apêndice I- Análise fatorial da Escala de Autoeficácia (Rotação *Varimax*). O valor do *Alpha de Cronbach* foi de 0,852.**

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.	0,90		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.	0,88		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.	0,72		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.		0,89	
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.		0,90	
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.	0,41	0,57	
Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.		0,54	
Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.			0,93
Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.			0,84
Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.	0,57		
Resultados estatísticos:			
% Variância explicada	46,64	16,46	10,31

**Apêndice II - Análise fatorial da Escala de Autoeficácia (Rotação *Quartimax*). O valor do *Alpha* de Cronbach foi de 0,852.**

<b>Itens</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.	0,92		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.	0,92		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.	0,77		
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.		0,85	
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.		0,89	
Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.	0,49	0,52	
Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.		0,51	
Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.			0,92
Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.			0,79
Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.	0,63		
<b>Resultados estatísticos</b>			
% Variância explicada	46,64	16,46	10,31

**Apêndice III - Comparação entre o grupo com conhecimento em CCF e o grupo sem conhecimento em CCF (Escala da Autoeficácia e Expectativas e Sentimentos relacionados com o cuidado às PI)**

	Escala do conhecimento		Resultados Estatísticos
	<50% (n =48) M(DP)	≥50% (n=25) M(DP)	
Escala da Autoeficácia			
Soma	76,77(13,31)	79,40(13,55)	t(71) = -0,796; p=0,429
Média	7,75(1,18)	7,97(1,32)	t(71) = -0,733; p=0,466
Escala das Expectativas			
Soma	40,26(7,37)	37,54(10,09)	U = 451,50; p=0,195
Média	4,47(0,82)	4,17(1,12)	U = 451,50; p=0,199
Sentimentos relacionados com o cuidado às PI			
Dificuldade	2,98(0,55)	3,25(0,74)	U= 426,50; p=0,110
Gratificação	2,45(1,15)	2,16(0,94)	U= 457; p=0,373
Sobrecarga física	2,24(0,79)	2,54(0,88)	U= 437; p=0,137
Sobrecarga emocional	3,00(0,81)	2,75(1,03)	U = 421; p=0,282
Autoavaliação do conhecimento	2,47(0,67)	2,00(0,76)	U = 406; p=0,019

**Apêndice IV - Comparação entre o grupo com conhecimento em CCF e o grupo sem conhecimento em CCF (Variáveis sociodemográficas e profissionais)**

	Escala do Conhecimento		Resultados Estatísticos
	<50 n(%)	≥50 n(%)	
Variáveis quantitativas			
Idade	46,89(10,68)	45,63(8,29)	t(67)=0,502;p=0,616
Tempo de trabalho	19,94(12,13)	23,04(10,37)	t(68)=-1,075;p=0,286
Tempo de trabalho com a PI	12,50(8,74)	13,18(6,60)	t(67)=-0,338; p=0,737
Tempo de trabalho na instituição	11,90(9,12)	12,58(7,02)	t(69)=-0,323; p=0,748
Variáveis qualitativas			
Estado civil			
Solteiro	6(60%)	4(40%)	$\chi^2(2)=0,32^*$ ; p=0,920
Casados e em União de Facto	36(66,7%)	18(33,3%)	
Divorciados e Viúvos	6(66,7%)	3(33,3%)	
Escolaridade			
Saber ler e 1º ciclo	10(66,7%)	5(33,3%)	$\chi^2(3)=1,066$ ; p=0,797
2º ciclo	13(61,9%)	8(38,1%)	
3ºciclo	16(72,7%)	6(27,3%)	
Ensino secundário ou superior	8(57,1%)	6(42,9%)	
Formação específica			
Formação Curta ou media duração			
Sim	15(71,4%)	6(28,6%)	$\chi^2(1)=0,435$ ; p=0,590
Não	31(63,3)	18(36,7%)	
Formação na instituição			
Sim	40(63,5%)	23(21,6%)	$\chi^2(1)^{**}= 1,574$ ; p=0,409
Não	6(85,7%)	1(14,3%)	
Contrato Individual			
A termo certo	24(68,6%)	11(31,4%)	$\chi^2(2)=0,639$ ; p=0,772
A termo incerto	8(72,7%)	3(27,3%)	
Sem termo	12(60,0%)	8(40,0%)	
Trabalhou sempre com pessoas idosas?			
Sim	19(79,92%)	5(20,8%)	$\chi^2(1)=2,857$ ; p=0,118
Não	29(59,2%)	20(40,8%)	
Pensar mudar de emprego			
Sim	10(71,4%)	4(28,6%)	$\chi^2(1)= 0,117^{**}$ ; p=0,765
Não	36(66,7%)	18(33,3%)	
Pensar mudar de instituição			
Sim	5(41,7%)	7(58,3%)	$\chi^2(1)= 3,098^{**}$ ; p=0,100
Não	40(69,0%)	18(31,0%)	
Necessidade de mais formação sobre o cuidado às PI			
Sim	40(65,6%)	21(34,4%)	$\chi^2(1)= 0,295^{**}$ ; p=0,710
Não	6(75,0%)	2(25,0%)	

\*Fisher \*\*Likelihood

## ANEXOS

### Anexo I – Folha de informações ao participante

#### INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

**Título do estudo:** Cuidado Centrado na Funcionalidade: validação das escalas de autoeficácia, expectativas e conhecimento

**Identificação dos investigadores:** Lénia Patrícia Silva Costa, gerontóloga, mestranda em Gerontologia na Universidade de Aveiro. Pedro Miguel Ferreira de Sá Couto, professor auxiliar na Universidade de Aveiro. João Paulo de Almeida Tavares, enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, doutor em gerontologia e geriatria pela Universidade do Porto e a Universidade de Aveiro.

**Explicação do estudo:** Este estudo tem como objetivo principal: explorar a perceção das ajudantes de ação direta em relação ao cuidado às pessoas idosas institucionalizadas que promovam a funcionalidade e atividade física. Assim, será aplicado um questionário que inclui escalas que avaliam a perceção e conhecimento das ajudantes ação direta no domínio da funcionalidade e da atividade física, em dois momentos. A recolha de dados está prevista para os meses de Novembro e Dezembro de 2015. A recolha de dados será previamente agendada de acordo com a sua disponibilidade e horário.

Não existe qualquer risco, desconforto ou custo adicional se aceitar participar neste estudo.

Depois de concluído o estudo poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente os investigadores.

Esperamos com este estudo poder contribuir para melhorar a qualidade do cuidado às pessoas idosas institucionalizadas.

**Condições:** A sua participação é estritamente voluntária e a qualquer momento poderá desistir de participar, sem que tenha qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada, ou outros. Terá todo o direito de esclarecer qualquer dúvida a respeito da pesquisa, sempre que julgar necessário. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

**Confidencialidade e anonimato:** As informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, ficando sob responsabilidade dos investigadores. Os dados de cada participante serão codificados pelos investigadores e introduzidos numa base de dados, pelo que os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial e anónimo.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar os investigadores através dos seguintes contactos:

Os investigadores

Lénia Patrícia Silva Costa

Pedro Miguel Ferreira de Sá Couto

João Paulo de Almeida Tavares

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_/\_\_/\_\_



**Anexo II - Termo de consentimento informado**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO  
EM INVESTIGAÇÃO**

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e  
Edimburgo 2000)

**Título do estudo:** Cuidado Centrado na Funcionalidade: validação das escalas de autoeficácia, expectativas e conhecimento

**Investigador responsável:** Lénia Costa, Pedro Sá Couto, João Tavares

*Eu, abaixo-assinado (nome legível e completo do(a) participante voluntário),*

\_\_\_\_\_  
*portador do BI nº \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_ anos de idade, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a). Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias e, de todas, obtive resposta satisfatória.*

*Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação e a explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Os registos dos dados poderão ser consultados pelos responsáveis científicos e ser objeto de publicação, mas os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial.*

*Como tal, consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo/a investigador/a que me apresentou o estudo.*

**Assinatura do/a participante:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do/a investigador/a:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo III – Questionário

### CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE

Este é um questionário que se insere num estudo investigação científica. O seu objetivo é recolher dados sobre a perceção das colaboradoras em relação ao cuidado às pessoas idosas institucionalizadas. Agradecemos, naturalmente, a sua colaboração. A mesma é essencial para este trabalho.

**Instruções:** Por favor leia atentamente o questionário e assinale as hipóteses que melhor correspondem à sua opinião/situação.

Neste questionário, não existem respostas certas ou erradas. Este questionário é completamente ANÓNIMO. Utilize esferográfica de tinta azul ou preta. Marque com um X a sua resposta.

#### A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

**1 – CÓDIGO** (iniciais do nome + data de nascimento ddmmaaaa):

Exemplo: Joana Clara Santos Silva, nascida 02/10/1986 Código: JCSS02101986

**2 – Sexo:**

Masculino

☐

Feminino

☐

**3 – Idade:** \_\_\_\_\_

**3 – Estado civil:**

Solteiro(a)

☐

Divorciado(a)

☐

Casado(a)

☐

Viúvo(a)

☐

Outro \_\_\_\_\_

**4 – Qual o grau de escolaridade mais elevado que já concluiu?**

Sabe ler e escrever

☐

1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Classe)

☐

2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)

☐

3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)

☐

Ensino Secundário (12º Ano)

☐

Ensino Pós-Secundário (CET)

☐

Ensino Médio ou Bacharelato

☐

Licenciatura

☐

Mestrado

☐

Doutoramento

☐

Outro grau. ☐ Qual?

**4.1 – Formação específica na área do idoso:**

Sem formação específica na área do idoso ☐

Cursos de curta/média duração ☐

Formação na instituição ☐

Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

**5 – Vínculo profissional**

Contrato de trabalho em funções públicas ☐

Contrato individual de trabalho: ☐

- a termo certo ☐

- a termo incerto ☐

- sem termo ☐

Estágio profissional. ☐

Recibos verdes ☐

**6 – Há quanto tempo trabalha?** \_\_\_\_\_ anos

**6.1 – Trabalhou sempre com pessoas idosas?**

Sim ☐ Não ☐

**6.2 – Trabalha há quanto tempo com pessoas idosas?**

\_\_\_\_\_ anos

**6.3 – Trabalha há quanto tempo nesta instituição?**

\_\_\_\_\_ anos

**6.4 – No último ano, pensou, alguma vez, que se pudesse:**

Mudaria de emprego? Sim ☐ Não ☐

Mudaria de instituição? Sim ☐ Não ☐

No seu trabalho com pessoas idosas, com que frequência sente dificuldade, sobrecarga e gratificação ao cuidar destes utentes. (Não há respostas melhores ou piores. A resposta correta é aquela que exprime a sua própria experiência)

Sentimentos	Sempre	Frequente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Dificuldade					
Gratificação					
Sobrecarga física					
Sobrecarga emocional					

Como avalia o seu nível de conhecimento/preparação sobre o cuidado às pessoas idosas institucionalizadas:

Muito Bom ☐ Bom ☐ Suficiente ☐ Insuficiente ☐ Muito Fraco ☐

Considera necessário ter mais formação sobre o cuidado das pessoas idosas? Sim ☐ Não ☐

## **B – ESCALA DA AUTOEFICÁCIA**

*Todas afirmações da Escala da Autoeficácia são seguidas de escolhas numéricas que indicam o nível de confiança e que vão de 1 (nenhuma confiança) a 10 (total confiança). Escolha aquela que melhor se adequa à sua situação.*

<i>Sinto-me confiante de que consigo prestar cuidado centrado na funcionalidade relacionado com:</i>	<b>Nenhuma confiança</b>						<b>Totalmente confiante</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
1. Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no banho.										
2. Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem no vestir-se.										
3. Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas refeições.										
4. Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem num programa de caminhada.										
5. Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar num programa específico de exercício físico.										
6. Ter a/s pessoa/s idosa/s a participar nas atividades de higiene pessoal.										
7. Episódios em que a/s pessoa/s idosa/s se recusa a participar em atividades específicas.										
8. Dias em que me são atribuídas mais pessoas idosas do que o habitual devido a falta de colaboradores.										
9. Quando a/s pessoa/s idosa/s estão ansiosas para ficarem prontos para algum compromisso ou visita de alguém.										
10. Quando a família quer que eu preste todos os cuidados necessários.										

## C – ESCALA DAS EXPECTATIVAS

As afirmações seguintes dizem respeito aos benefícios do cuidado centrado na funcionalidade (encorajar a/s pessoas idosa/s a participarem nas atividades de vida diária, tais como tomar banho e vestir-se, andar a pé e fazer exercício regular). Escolha o número correspondente ao nível de concordância ou discordância relativamente a estas afirmações (1=concordo completamente, 5=discordo completamente).

Indique o nível de acordo ou desacordo em relação às seguintes afirmações:	<div> <div>Concordo Totalmente</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Discordo Totalmente</div> </div>				
	1	2	3	4	5
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de vida diária irá ajudá-los a manter a capacidade de realizar essas atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s caminhem regularmente até à sala de jantar e outras atividades irá ajudá-los a fortalecer os músculos e os ossos e a melhorar as transferências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as quedas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a diminuir as dores nas articulações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s façam exercício regularmente (seja andando a pé, de bicicleta ou fazendo atividades de resistência muscular) irá ajudar a melhorar a sensação geral de bem-estar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados e façam as coisas o mais possível por eles próprios tornará o trabalho mais fácil e compensador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de cuidados irá aumentar a minha satisfação com o trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que a/s pessoa/s idosa/s participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir que estou a desenvolver um tipo de cuidado importante para a/s pessoa/s idosa/s.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer com que os residentes participem nas atividades de prestação de cuidados irá fazer-me sentir orgulhoso do trabalho que eu tenho feito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **D – ESCALA DO CONHECIMENTO/TESTE TEÓRICO**

Para cada uma destas questões, selecione APENAS uma alternativa correta.

<b>1. O objetivo do cuidado centrado na funcionalidade é:</b>	
<b>A</b>	Prestar cuidados de forma mais rápida e eficiente.
<b>B</b>	Encorajar as pessoas idosas a fazerem as coisas por si próprias (de modo independente).
<b>C</b>	Continuar com as atividades de fisioterapia e ocupacional.
<b>D</b>	Certificar-se de que todas as necessidades de cuidados pessoais das pessoas idosas são atendidas.
<b>2. Uma forma de motivar as pessoas idosas a terem um desempenho o mais independente possível é:</b>	
<b>A</b>	Dizer-lhes que conseguem!
<b>B</b>	Prepará-los e depois afastar-se.
<b>C</b>	Dizer-lhes que hoje vai fazer as coisas mas amanhã podem ser eles.
<b>3. Prestar ajuda mínima significa que a pessoa idosa realiza:</b>	
<b>A</b>	Mais de 75% da tarefa
<b>B</b>	50% a 74% da tarefa
<b>C</b>	25% a 49% da tarefa
<b>D</b>	Menos de 25% da tarefa
<b>4. Quando uma tala ou prótese é colocada, a pessoa idosa deve mantê-la:</b>	
<b>A</b>	Todo o dia para que ele/a se torne o mais funcional possível.
<b>B</b>	Num horário adequado de uso (até 2 horas).
<b>C</b>	Durante pelo menos 8 horas para ser o mais eficaz possível.
<b>5. A melhor forma de cuidar das pessoas idosas que estão em cadeiras ou acamados é:</b>	
<b>A</b>	Fazer tudo por elas.
<b>B</b>	Proporcionar exercícios de amplitude de movimentos uma vez por semana.
<b>C</b>	Proporcionar exercícios de amplitude de movimentos duas vezes por semana.
<b>6. Se uma pessoa idosa consegue deambular mas necessita de supervisão deve:</b>	
<b>A</b>	Ser mantida na cadeira o mais possível para impedir quedas.
<b>B</b>	Ser encorajada a andar o mais possível com supervisão dentro do lar.
<b>C</b>	Ser encorajada a ir dar um passeio pelo menos uma vez por semana para prevenir contracturas.
<b>7. Para encorajar a independência na alimentação, os residentes devem:</b>	
<b>A</b>	Comer alimentos que necessitem de ser cortados ou moídos/passados.
<b>B</b>	Usar talheres adaptados à pessoa idosa (cabo mais pesado e grosso).
<b>C</b>	Serem alimentadas pelas ajudantes de lar para assegurar que a ingestão é suficiente.

<b>8.</b> Para melhorar a continência das pessoas idosas pode-se:	
<b>A</b>	Permitir ao residente que urine apenas quando desejar.
<b>B</b>	Estabelecer um calendário miccional para oferecer oportunidades para urinar.
<b>C</b>	Manter a fralda posta no indivíduo para que este não se preocupe com acidentes.
<b>9.</b> Se uma pessoa idosa tiver que usar imobilizações, deve-se:	
<b>A</b>	Certificar-se que as imobilizações estão colocadas em todos os momentos.
<b>B</b>	Retirar as imobilizações de 2 em 2 horas.
<b>C</b>	Retirar as imobilizações de 8 em 8 horas.
<b>10.</b> Os cintos de transferência devem ser colocados:	
<b>A</b>	Apenas nos residentes com excesso de peso.
<b>B</b>	Com a fivela na parte da frente do corpo ao nível da cintura.
<b>C</b>	Apenas nas pessoas idosas que se movimentam.
<b>11.</b> O objetivo do posicionamento do corpo é:	
<b>A</b>	Manter o paciente o mais confortável possível.
<b>B</b>	Manter as articulações num alinhamento normal.
<b>C</b>	Melhorar as contracturas.
<b>12.</b> Exercícios de amplitude de movimentos passivos são feitos:	
<b>A</b>	Pelos próprios residentes.
<b>B</b>	Pela ajudante de lar ou terapeuta.
<b>C</b>	Pelo menos uma vez por semana para serem eficazes.
<b>13.</b> O levantar e a deambulação são importantes para as pessoas idosas de forma a:	
<b>A</b>	Prevenir as contracturas, reduzir as quedas, aumentar a força muscular.
<b>B</b>	Fortalecer os ossos e melhorar a continência.
<b>C</b>	A e B
<b>14.</b> Para determinar até que ponto as pessoas idosas precisam de ajuda no banho e a vestir-se, o melhor é:	
<b>A</b>	Simplesmente perguntar à pessoa idosa.
<b>B</b>	Perguntar aos outros elementos da equipa de enfermagem.
<b>C</b>	Avaliar a amplitude de movimentos e a força do residente
<b>15.</b> Uma das melhores formas de prevenir as quedas é:	
<b>A</b>	Usar um cinto de marcha em todos os momentos.
<b>B</b>	Usar imobilizações o mais possível.
<b>C</b>	Fazer o máximo de exercício possível.